

La salud en la era postcomunista:

TENDENCIAS SANITARIAS EN EUROPA CENTRAL Y DEL ESTE Y EN LOS NUEVOS ESTADOS INDEPENDIENTES DE LA UNIÓN SOVIÉTICA (NEI) FRENTE AL RETO DEL INGRESO A LA UNIÓN EUROPEA

Luis Carlos Domínguez Torres

Fecha de recepción 07-03-05 • Fecha de aceptación 20-06-05

Resumen

El objetivo de este documento es el de mostrar las tendencias recientes de la transición sanitaria de los países de Europa Central, de Europa del Este y de los Nuevos Estados Independientes (NEI) de la Unión Soviética frente al reto del ingreso a la Unión Europea. Este ejercicio se justifica dada la transformación acelerada de las diferentes sociedades europeas, lo cual permite entender que la crisis de la asistencia social de los tres grandes sistemas europeos de seguridad social durante el siglo XX -Beveridge, Semashko y Bismarck-, es común a la experiencia de los sistemas sanitarios de todo el mundo. El conocimiento de estas tendencias, permite identificar similitudes y diferencias con la experiencia latinoamericana que se pueden explicar, en parte pero no exclusivamente, por los principios de la economía neoclásica, las cuales contribuyen al análisis de nuestra política sanitaria y de sus instituciones, con especial referencia a la historia reciente del mundo quince años después del fin de la sociedad bipolar.

Palabras clave: Unión Europea, transición sanitaria, proceso de ampliación, Estado, sistema de salud, crisis.

Summary

The document's objective is to describe the recent tendencies of the sanitary transition in Central and Eastern Europe countries, and the Newly Independent States of the former Soviet Union (NIS) facing the challenge of entering the European Union (EU). This review is justified by the accelerated transformation of these different European societies, and it is understood that the social assistance crisis of the three greatest social security European systems during the XX century - Beveridge, Semashko and Bismarck- is common to the experience of the sanitary systems around the world. The knowledge of these tendencies allows us to identify similarities and differences in comparison to the Latin-American experiences, which can be partly but not exclusively explained by the neoclassic economical principles, and contribute to the analysis of our public sanitary policies and their institutions, with special reference to the world's recent history fifteen years after the end of the bipolar society.

Key Words: European Union, sanitary transition, enlargement process, State, health system, crisis.

Introducción

Con la caída del muro de Berlín la antigua Comunidad Económica Europea (CEE) tuvo nuevos retos, en especial, los de asumir el vacío geopolítico de Europa del Este y el nuevo orden mundial. Gran parte del tránsito durante la década de los noventa giró en torno al problema del sentido de la democracia y de la soberanía, del ajuste fiscal, de la reducción de la deuda pública, del control de la emergencia de problemas sociales derivados de la reestructuración del modelo político y económico -que en un amplio sentido elevó las determinaciones económicas de medios a fines-, y de la creación de mecanismos democráticos que permitieran a los ciudadanos controlar las medidas adoptadas por el Banco Central y otros organismos reguladores (Fazio, 1993:3-6).

Como resultado, Eric Hobsbawm describe como por primera vez en dos siglos, el mundo de los años noventa carecía de cualquier sistema o estructura internacional. Después de 1989 aparecieron decenas de nuevos estados territoriales, sin mecanismos propios ni ajenos para delimitar sus fronteras ni definir su naturaleza, y lo que es peor, sin unos actores claros las nuevas amenazas que enfrentaba el mundo tampoco estaban claras (Hobsbawm, 1995:552-55). No fue extraño tampoco que Europa en vez de “globalizarse” se “mundializara”, es decir, que en vez de crecer como una unidad holística, se transformara en una unidad sistémica y totalitaria, plenamente territorial, con sus objetivos centrados en el mercado (Fazio, 1998:75) debilitada por la pérdida de los anteriores compromisos de los Estados y de la institucionalidad (Maslowski, 2000:41), caracterizada por la carencia de una sociedad civil politizada que pudiera transitar de la fase de los necesarios consensos a la administración de los conflictos (Fazio, 1995).

objetivos económicos, permitiera que parte de los resultados progresivos de esta comunidad fueran el rápido crecimiento económico, la reconstrucción europea, la creación de políticas redistributivas a través del *estado de bienestar*, la estructuración de los sistemas de seguridad social y la consolidación de un bloque que defendió los mercados internos y promovió la modernización a la par que estimulaba la competencia frente al bloque norteamericano y japonés (Esping-Andersen, 1993:36).

Desde hace quince años gran parte de la crisis económica que han enfrentado las economías en transición de la antigua Europa del Este han derivado del peso de la herencia soviética sobre la modalidad del capitalismo que se instauró con esos objetivos y, en particular, por: i) Las deficiencias internas en el crecimiento y la modernización, ambas crónicamente presentes. ii) La rapidez con la que se crearon las instituciones del mercado, en especial, las Bolsas –sobre todo la Bolsa Rusa– y con ellas la desmedida especulación económica que se derivó de allí. iii) La desaparición del Estado Soviético y la dilución de la red económica entre los dueños del poder y las empresas privadas. iv) Por asumir y menospreciar que el fracaso de una ideología que se planteó universal, podía ser reemplazada súbita y severamente por las leyes del mercado (Esping-Andersen, 1999:76-79; Fevret, 2000:77-92).

En respuesta a tan agudos cambios, en 1993 existió un consenso en la Unión Europea (UE), recientemente formada, en torno a los problemas crecientes y frente a la magnitud de la crisis política, económica y social que se avizoraba. Por este motivo, el European Council en Copenhague, expresó el deseo de los Estados miembro para el ingreso de los Estados de Europa Central y del Este y se crearon las obligaciones subsecuentemente referidas como los criterios de Copenhague



para el ingreso a la UE, mediante la ayuda de los Estados más fuertes a los más débiles.

Este proceso de ampliación de la UE perseguía varios propósitos: i) La creación de una extensa zona de paz, estabilidad y prosperidad, tan recientemente dividida por la guerra fría. ii) La adición de más de 100 millones de personas, de economías rápidamente crecientes, con el fin de mejorar las oportunidades y condiciones de vida para los ciudadanos. iii) La adopción de políticas para la protección del ambiente y la lucha contra el crimen, el narcotráfico y la migración ilegal. iv) Aumentar la diversidad cultural y el intercambio de ideas (McKee, 2004:7). Así, los requisitos exigidos a los Estados candidatos en Copenhagen incluían:

- Estabilidad institucional que garantizara la democracia, el imperio de la ley, los derechos humanos y el respeto y la protección de los derechos de las minorías
- La existencia de una economía de mercado, que garantizara una estructura competitiva en cada uno de los países
- La capacidad de tomar las obligaciones de ser miembro *acquis communautaire*, incluyendo la adherencia en aspectos políticos, económicos y monetarios, y la creación de condiciones para la integración a través del ajuste de sus estructuras administrativas en todos los campos.

Un elemento clave en este proceso fue la adopción e implementación del *acquis communautaire*, comprendido en 31 capítulos que reflejan las políticas generales de la UE. Los Capítulos 13 y 23 se refieren a la política social, de los consumidores y de protección de la salud respectivamente.

Posteriormente en 1997 el European Council, reunido en Luxemburgo, encontró varios adelantos hechos en los países candidatos y decidió iniciar el proceso de amplia-

ción. En marzo de 1998 la UE comenzó negociaciones para el acceso de seis nuevos países: Chipre, República Checa, Estonia, Hungría, Polonia y Eslovenia. En septiembre de 1998 se inició la negociación con Malta y en 1999 se extendieron a Bulgaria, Letonia, Lituania, Rumania, Eslovaquia y Turquía.

En octubre de 2002 la Comisión Europea cerró negociaciones con diez países: Chipre, República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia. La admisión formal se realizó en mayo de 2004 al mismo tiempo de las nuevas elecciones del Parlamento Europeo. Con Rumania y Bulgaria se prevé el acceso a más tardar en 2007, y aún no se ha fijado una fecha específica para el ingreso de Turquía.

Así, el número de países en la UE ha aumentado en 80%, su área de superficie en 34% y su población en 28%. Sin embargo, existe una gran heterogeneidad entre sus miembros, en especial, por la brecha en el GPD (Gross Domestic Product) per cápita. Para 2001 en los países candidatos éste era del 50% respecto al de los miembros, en la naturaleza de las economías, en particular, centrada en la agricultura en los nuevos países, en su bagaje histórico y sistemas políticos, costumbres y cultura (McKee, 2004:9).

La diversidad de los nuevos países refleja su reciente historia política. Tres de los candidatos (Estonia, Letonia y Lituania) fueron parte de la Unión Soviética hasta 1991. Otros tres (República Checa, Eslovenia y Eslovaquia) fueron parte de otros grandes Estados hasta hace una década, dos (Chipre y Malta) tienen democracias no alineadas desde su independencia del Reino Unido en 1960, y uno (Turquía), ha sido miembro de Nato (North Atlantic Treaty Organization) por largo tiempo, con un período de dictadura militar en los ochenta.

El proceso de reforma y ampliación de UE iniciado en los noventa y titulado “Agenda 2000”, incluye una importante legislación en cuatro áreas principales: i) La reforma en la política agraria. ii) Reforma política estructural. iii) El desarrollo de los instrumentos que faciliten el acceso de nuevos miembros. iv) La creación de una estructura financiera que permita el desarrollo de la UE.

1. La salud en Europa: ¿un proyecto en la agenda de la Unión Europea?

De manera paralela a este desarrollo histórico de la CEE y luego de la UE, los sistemas de salud en Europa han sufrido importantes transformaciones en los últimos setenta años, que reflejan el cambio en la dinámica social, económica y política del continente. Gran parte de la tendencia histórica ha estado determinada de esta forma por la transformación acelerada de los diferentes países europeos.

Una tendencia inicial que puede reconocerse durante este proceso de cambio, es la resultante del abandono del control sobre los sistemas de salud que estuvo a cargo de la profesión médica, durante buena parte del siglo XX en varios de los países de Europa Occidental, y por la progresiva adopción de los modelos de salud propios de la Europa Occidental y del Este durante la posguerra.

Buena parte de esta transformación se debió al profundo impacto generado a partir de la Segunda Guerra Mundial por los avances en la cirugía militar sobre los sistemas sanitarios, en particular, en los hospitales y en la tecnología médica. Éstos, permitieron el desarrollo de diferentes formas de atención centradas en el tratamiento de la enfermedad dispuestas en grandes hospitales, usualmente universitarios y especializados en el centro de las

grandes ciudades y hospitales más pequeños y generales en las zonas rurales.

Esta situación abrió paso a cambios más grandes que se desarrollaron en la posguerra y que ocurrieron en especial durante la década de los sesenta y setenta, a través del desarrollo tecnológico en el diagnóstico y tratamiento de una variada y amplia gama de enfermedades de manera especializada, como fueron oncológicas, del cuidado intensivo, trasplantes y las relacionadas con procedimientos endoscópicos y endovasculares.

De igual modo durante los setenta la especialización hospitalaria emergió de los hospitales de distrito y se expandió a las zonas rurales, cerrando la brecha entre los hospitales de cuidado primario, secundario y terciario (Healy, 2002:17-18). Estas importantes transformaciones dieron lugar a que después de la Segunda Guerra, los gobiernos nacionales asumieran el control y los sistemas de salud empezaran a formar parte de la burocracia del Estado y los presupuestos de parte de ella (Chinitz, 2002:61).

Sin embargo, esta fase de desarrollo de los sistemas de salud en Europa Occidental frente a la Europa Central ofrecía muy temprano diferencias particulares que más adelante determinarían la consolidación de los modelos sanitarios propios del mundo de la guerra fría. En Europa Occidental, por ejemplo, el cuidado domiciliario, los tratamientos ambulatorios y el fortalecimiento de los servicios de enfermería tuvieron un desarrollo más temprano, contribuyendo a que el número de hospitales y camas, aunque proporcionalmente menores para la población, resultaran suficientes. Parte de la explicación se encuentra desde la década de los sesenta, cuando a través de la implementación de programas de transferencia de pacientes psiquiátricos a unidades de manejo crónico fuera de los hospitales y mediante el desarrollo de medicamentos



psicotrópicos, se garantizó el control ambulatorio y la reducción del número de hospitalizaciones (Busse, 2002:129).

Con el paso de los años, en Europa Occidental a partir de la década de los ochenta, apareció un nuevo concepto relacionado con los mayores márgenes de *autonomía hospitalaria* porque el mercado se empezó a concentrar en las estructuras empresariales y administrativas y en resolver las nuevas presiones que surgieron en torno a la eficiencia y al control de costos. De manera gradual se empezaron a transformar las estructuras de financiación centradas en los presupuestos hacía otras que reclamaban “hospitales productivos” (Healy, 2002:29). Con el fin de reestructurar el modo de prestación de servicios, por ejemplo, cerca de un tercio de los hospitales en el Reino Unido e Irlanda fueron cerrados durante la década de los ochenta para adoptar nuevos enfoques de atención especializada, mediante la creación de centros oncológicos, unidades de diálisis y centros para la atención de enfermos con Alzheimer (Healy, 2002:28).

A diferencia, la estructura sanitaria durante las décadas de la posguerra en los países de la Unión Soviética tenía ciertas particularidades, por ejemplo, el gasto hospitalario en Europa Occidental era cercano a la cuarta parte del presupuesto de salud, mientras que en Europa Central y en la Unión Soviética durante toda la posguerra fue superior al 70% (WHO, 2001). Este sistema contaba con un gran número de hospitales, grandes y especializados, de más de 1.000 camas, mientras que los países miembros de la comunidad tenían 50% menos para atender a su población, con un porcentaje de camas 20% menor, al menos hasta la década de los ochenta momento en el cual la relación porcentual comenzó a estrecharse (Healy, 2002:19).

Así, las naciones de Europa Central y del Este, aunque con considerables diferencias

en sus sistemas sanitarios, tenían en común los principios del sistema sanitario soviético, en el cual los hospitales estaban divididos de acuerdo con los niveles administrativos de cada país, y en niveles especializados de cuidado sanitario de acuerdo con los pacientes que recibían.

Las características de este modelo eran las siguientes:

- i) Un sistema plenamente dotado de hospitales, los cuales se distribuían por cada 10.000 personas a través de toda la URSS mediante las políticas que se hacían en Moscú por la *Semashko All-Union Research Institute of Social Hygiene and Public Administration*
- ii) Hospitales plenamente especializados en patologías específicas, en cualquiera de sus niveles, nacional, regional o distrital, en áreas como la pediatría, psiquiatría, cáncer, etcétera
- iii) Fragmentación vertical en tipos de hospitales acordes con el nivel de administración pública: distrito, ciudad, región y nación
- iv) Servicios sanitarios paralelos de acuerdo con las estancias del gobierno y las organizaciones sociales, por ejemplo hospitales militares y hospitales de los ministerios
- v) Flujo de recursos diferente según el nivel administrativo, así los hospitales grandes tenían mayores presupuestos y al mismo tiempo contaban con una mejor tecnología, profesionales y medicamentos, en tanto los pequeños eran más pobres y con una limitada capacidad técnica y profesional
- vi) Modelo exclusivo de asistencia hospitalaria, sin un seguimiento ambulatorio ni asistencia domiciliaria, lo cual hacía prever largas estancias (Healy, 2002:30-31).

Con el fin de la utopía socialista y la caída del comunismo, este sistema referido como altamente ineficiente y burocrático, centrado en el tratamiento y no en la enfermedad, financiado por la vía de los presupuestos y por el subsidio a la oferta, sufrió transformaciones importantes, reclamadas por la misma transición política de los países del Centro y del Este.

2. El proceso de transición sanitaria

Los cambios acelerados del final de la década de los ochenta, permitieron que también fuera replanteado el papel de los servicios sociales y de la salud durante el proceso de transformación de las economías y los gobiernos. Muy pronto, en 1986 la Comunidad Europea adoptó el programa *Europa contra el cáncer*, el cual junto con otras acciones de la Comunidad no menos importantes, fueron la base legal para que posteriormente la UE elevara el “estándar de vida” al rango de finalidades, y para que en 1993 figuraran claramente en el Tratado de Maastricht, en su artículo 129, las condiciones para contribuir con un alto nivel de protección de la salud entre los ciudadanos (UE, 1992: artículo 129, Título V).

Los factores y las tendencias coyunturales que evolutivamente determinaron la transición de los sistemas sanitarios en Europa del Este han sido reconocidos por Healy y McKee (2002) en tres campos especiales: la demanda, la oferta y la sociedad. En cuanto al primero, los cambios en la estructura demográfica, en particular relación con sus variables principales, nacimientos, muertes, migraciones, reemergencia de enfermedades y movimiento de pacientes. Desde la oferta, por los cambios en el conocimiento científico y en la tecnología que han cambiado la relación entre los diversos niveles de cuidado sanitario, por los cambios en la fuerza de

trabajo y por la internacionalización de la fuerza laboral y su adaptación a diferentes niveles culturales e incluso de entrenamiento. Finalmente, en lo social, por los cambios políticos y en especial los relacionados con la transición en los presupuestos como medio de control del gasto total, que buscan mejorar la eficiencia técnica, la calidad y oportunidad de todos los servicios sociales (Healy, 2002:46-49).

Estos determinantes han traído consigo para los países en el proceso de ampliación, los cuales tienen diferentes experiencias y conocimientos acerca de la salud, nuevos retos caracterizados por: i) Un proceso de armonización que implica disminuir la demanda y contener costos. ii) Obtener estándares de calidad y equidad. iii) Aumentar el papel de la salud pública y de los programas de prevención. iv) Resolver la tensión entre la política sanitaria de la unión y de los niveles nacionales. v) Hacer estrategias para resolver las fallas asociadas con los retrasos en el desarrollo institucional (McKee, 2003: 9).

Con estos nuevos objetivos, el artículo 129 del Tratado de Maastricht incluyó la adopción de cuatro acciones principales en materia sanitaria: i) *Acciones preventivas*. ii) *Actividades sanitarias* suplementadas y promovidas por otras políticas comunitarias, como las referentes al funcionamiento del mercado interno. iii) *Acciones consistentes* con las de las organizaciones internacionales, en particular con las de la Organización Mundial de la Salud (OMS). iv) *Acciones en salud* realizadas en forma mancomunada entre los miembros y no de manera aislada que obedecieran a un principio de *subsidiariedad*.

A pesar de estos propósitos ha sido reconocido que aunque las bases de promoción, educación, información y entrenamiento en salud pública eran amplias y comprendían los



mayores retos, desde un punto de vista operativo las políticas fueron limitadas a programas como el cáncer, sida, enfermedades transmisibles, polución, trauma y estadísticas, reflejando una ambigua posición de los servicios de salud en los países y una falta de compromiso de los gobiernos con ellos. Esta situación que obligó a la revisión del artículo 129 del Tratado de Maastricht en Amsterdam en 1997 y a la expedición del artículo 152, que se caracterizó por ser contradictorio, dado que no fue de manera explícita claro en diferenciar las políticas de salud de las políticas en otras áreas, como ambiental, de derechos del consumidor y de salud pública, las cuales se encuentran implícitas en otros artículos del Tratado (en especial, en los de investigación, política social y agricultura) (McKee, Martin, 2004:11-12).

Con esos objetivos fundacionales, las características comunes de este proceso de transición se alinearon con los propósitos del Tratado de Roma (1957): libertad de movimiento de bienes, servicios, gente y capital, los cuales definieron la nueva reorganización de la capacidad del Estado, la creación de nuevos organismos financieros con variados grados de autonomía, la diversificación de las fuentes de financiación, la creación de un modelo sanitario más pluralista y los cambios en los métodos de pago a proveedores de servicios de salud.

En la práctica, los sistemas sanitarios de Europa Central y del Este han tenido que enfrentar estos nuevos retos reaccionando a las circunstancias externas, más que anticipándose a ellas. Las guerras y el desorden civil, así como la hostilidad permanente al personal de salud, la crisis económica y la reducción progresiva de los presupuestos, en parte por el tránsito hacia la economía de mercado pero también por el redireccionamiento de recursos hacia la industria militar, han favorecido una sucesiva serie de

etapas de transformación de los sistemas sanitarios, caracterizadas por bajos niveles de gestión orientada al mercado, gran reducción en la capacidad hospitalaria, insolvencia de recursos y aumento de los costos de los sistemas de salud (Healy, 2002:32).

Por esta razón, este difícil proceso de transición fue apoyado por varios organismos y diversas fuentes de recursos. Algunas particulares fueron el programa Phare (Poland-Hungarian Assistance for the Reconstruction of the economy) iniciado en 1989, con aportes que hasta 1999 ocupaban 36% de los recursos para la transición según la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OECD, 2000).

Este programa tenía como objetivos de apoyo en materia sanitaria: i) El financiamiento sostenible. ii) El manejo hospitalario. iii) El cuidado primario. iv) El desarrollo de sistemas de información. v) La regulación farmacéutica. vi) El manejo del recurso humano. Sin embargo, Phare fue discontinuado a partir de 1995 y los recursos destinados a la salud cayeron de 3% en 1990 a 0,5% en 1996. Al mismo tiempo, el programa del EIB (European Investment Bank) iniciado en 1990 y los recursos provenientes del EBDR (European Bank for Reconstruction and Development) fueron fuentes de financiación indirecta para el sector de la salud, aportando en total cerca de 23 billones de euros para todos aquellos programas destinados a la transición (McKee, Martin, 2004:11-12).

También, muy temprano en los noventa, el Banco Mundial (BM) financió el desarrollo de los servicios de salud, la reestructuración hospitalaria y el cuidado primario de la salud, la descentralización y el sector farmacéutico en países candidatos como Rumania, Polonia, Hungría, Bulgaria, Estonia y Letonia, así como en países ya miembros como Holanda, Italia, Irlanda y Portugal, con

recursos cercanos a los 561 millones de dólares. De igual modo, el mismo organismo movilizó recursos a partir del IFC (International Finance Corporation), un sector privado del Banco Mundial, por cerca de 40 millones de dólares durante la década de los noventa, y recursos directos de la OECD y de la Organización Mundial de la Salud (World Bank, 2002).

3. Quince años de transición: el proceso de ampliación de la unión europea, los nuevos retos y tendencias de la salud

Hoy en día, quince años después del cambio de Europa Central y del Este a las economías de mercado y de los cambios que también ha tenido que enfrentar Europa Occidental, el proceso de transición continúa en marcha hacia la consolidación de un modelo de asistencia sanitaria. Este proceso de ampliación de la UE ha delimitado unas características globales en el terreno de las políticas públicas y de la política social en particular que se mencionan en las próximas secciones.

3.1 Estatus de salud en los países candidatos y en los que ingresaron en mayo de 2004

Uno de los primeros pasos para entender las consecuencias de la ampliación es describir los patrones de salud y enfermedad en los países que recientemente han ingresado a la UE, dado que estos países son diversos por su historia y su cultura. McKee y Andani (2004a:24 y ss), los han dividido para este efecto en primer lugar en los países de Europa Central y del Este, con especial referencia a las Repúblicas Bálticas, las cuales tienen relativamente bajos niveles de expectativa de vida y que se han asemejado en

buena parte a la Federación Rusa durante los noventa, segundo Malta y Chipre y en tercer lugar Turquía.

Los tres grupos tienen en común expectativas de vida menores a los de Europa Occidental, han experimentado un descenso en sus tasas de natalidad y un incremento en la edad de sus poblaciones. Sin embargo es una particularidad de los países de Europa Central y del Este (que comprenden las Repúblicas Báltica, la ex Unión Soviética [Federación Rusa y Ucrania] y los países más occidentales como Polonia, República Checa, Eslovaquia, Hungría, Rumania y Bulgaria) una semejanza con los países de Europa Occidental durante todos los años noventa, en especial, en las repúblicas más occidentales, en lo que respecta a las tasas de natalidad, mortalidad y expectativa de vida, las cuales empiezan a modificarse y a diferenciarse de las de Occidente hacia el final de la década. Los países Bálticos en cambio muestran patrones similares a los de la Federación Rusa hasta 1998, momento en el cual empiezan a mejorar, en tanto los de la ex Unión Soviética empiezan a empeorar. Finalmente, Malta y Chipre tienen un comportamiento sanitario similar al de Europa Occidental. El Cuadro 1 muestra los principales indicadores demográficos y socioeconómicos de la región, actualizados a 2003.

Estas diferencias también se derivan de una disminución en las tasas de natalidad, en países que llamativamente conservaban altos niveles de nacimientos hasta la disolución de la URSS, por un aumento en la proporción de personas mayores de 65 años y en la expectativa de vida que para 2003 se situaba en 74.2 años (Cuadro 2).

Desde 1990, las causas de mortalidad (Cuadro 2) están principalmente relacionadas con la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas, seguidas por las que derivan



CUADRO 2
PERFILES DE MORBIMORTALIDAD

Perfiles de morbimortalidad	Union europea						Nuevos miembros de la Union Europea 2004					
	1980	1985	1990	1995	2000	2003	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Expectativa de vida al nacer (años)	73,94	74,66	75,54	76,57	77,94	78,28	70,24	70,54	71	71,7	73,69	74,25
Muerte infantil (menor de 5 años)/ 1.000 nacimientos vivos	13,12	10,75	8,85	6,72	5,21	4,94	19,75	17,04	14,14	12,13	7,76	6,86
Muerte neonatal /1.000 nacimientos vivos	9,19	7,19	5,59	4,52	3,46	...	13,1	12,23	10,51	8,75	5,08	4,64
Muerte materna /1.000 partos	11,68	9,46	8,97	7,11	6,14	4,89	14,22	14,58	13,76	12,31	9,3	6,25
Enfermedades circulatorias en todas las edades/100.000 habitantes	439,66	418,67	373,64	331,47	281,04	270,65	618,27	636,94	605,92	556,14	469,79	451,35
Enfermedad coronaria en todas las edades /100.000 habitantes	158,84	153,36	142,08	129,39	111,79	106,23	201,26	202,71	210,24	191,95	186,38	176,71
Neoplasias en todas las edades /100.000 habitantes	200,64	203,79	204,13	198,91	189,41	187,3	207,48	215,63	224,88	227,9	224,49	222,58
Muertes por accidentes de tránsito en todas las edades / 100.000 habitantes	16,02	14,04	15,5	12,37	10,88	10,6	16,65	14,67	21,98	16,98	14,92	13,99
Muerte por otras causas accident./100.000 habitantes	31,04	28,44	26,45	24,17	20,89	20,77	...	51,13	47,74	50,41	37,86	38,69
Suicidio y lesiones autoinflingidas /100.000 habitantes	14,07	14,7	13,48	13,07	11,81	11,57	21,93	21,8	19,81	20,28	19,2	18,15
Homicidio en todas las edades / 100.000 habitantes	1,36	1,34	1,65	1,65	1,29	1,18	...	2,15	3,43	4,08	2,94	2,53
Enfermedades mentales y del SNC /100.000 habitantes	18,42	21,06	22,85	24,04	26,38	28,24	15,22	14,06	14,46	16,85	14,49	15,64

Fuente: WHO/ Europe HFA Database, enero de 2005.



del trauma y la violencia en un menor porcentaje y en tercer lugar por una proporción menor y en descenso de las muertes materno-fetales (McKee, 2004a:25). Sin embargo, dada la magnitud de la crisis social de la mayoría de los países de la región, hoy en día puede verse como en Rusia, por ejemplo, a partir de 1998 la principal causa de mortalidad en las personas entre 35-69 años son las causas externas relacionadas, en especial, con el suicidio, el homicidio y los accidentes de tránsito en orden de frecuencia (Men, 2003:1-6, Jeannette, 2004:66 y ss).

Estos patrones de salud (Cuadro 2), diferentes a los de Europa Occidental han sido explicados por un incremento en la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, relacionados con los cambios hacia el modelo nutricional de Occidente, los cambios en el estilo de vida y por el mayor consumo de cigarrillo y alcohol. Además, las diferencias en el acceso y la calidad en el cuidado de la salud en los centros cardiovasculares, las inequidades en el ingreso y los bajos niveles de educación han acentuado las brechas con Occidente (la brecha de mortalidad entre las dos Europas se debe a cerca de 25% por los sistemas de salud) (McKee, 2004a:31). Se ha reconocido de igual modo, que hoy existen altas tasas de suicidio y homicidio en los países Bálticos, aún cuando las muertes por trauma han decrecido en forma global en la región.

En segundo término, esta transición epidemiológica se explica desde el punto de vista oncológico por las elevadas tasas de cáncer de pulmón en Europa del Este, relacionadas con el alto consumo de tabaco y por el incremento en las tasas de cáncer cervix, derivado en parte del aumento en las enfermedades de transmisión sexual (Sokal, 2000:6067).

Finalmente, en tercer lugar, la reemergencia de enfermedades infecciosas, en buena par-

te por el desmote del modelo Semashko que tenía como metas la vacunación “compulsiva” y la prevalencia creciente del VIH-sida, han contribuido con los cambios en el patrón de las enfermedades en esta región (McKee, 2004a:35, WHO, 2002:3).

Contribuyen también a estos cambios demográficos, las altas tasas de migración internas, que han variado desde 1945 hasta 1990, cuando la mayoría de las migraciones obedecían a la movilización desde Africa y Asia Central, hacia un modelo de migración interna en los noventa que responde especialmente al conflicto en los Balcanes y en general a los fenómenos de violencia precipitados en Europa Central y del Este luego de la caída del muro. Parte de esta crisis también se ha relacionado con la movilización de minorías culturales “Gente de Roma” de Europa Central, que ha sido expuesta a la discriminación sistemática en varios países de toda Europa (Hajioff, 2000:846-9).

Hoy en día se estima que por ejemplo, 5% de la población alemana está constituida por inmigrantes de Europa del Este y que en materia sanitaria, estos inmigrantes tienen un riesgo elevado, respecto a la población local de deteriorar su estado de salud por las diferencias crecientes en el estro socioeconómico (Ronellenfisch y Razum, 2004:1-10). Al respecto, Amartya Sen, ha anotado como la desigualdad en la Europa contemporánea no está sólo representada por la de los ingresos, sino también por la política puesto que en gran parte de Europa, los inmigrantes legalmente establecidos carecen del derecho de voto y a la participación en otro tipo de derechos, debido a las dificultades y demoras que retrasan la adquisición de la ciudadanía, lo cual los excluye de manera sistemática del proceso político y no sólo les reduce la libertad política sino que hace mucho más ardua su integración social (Sen, Amartya, 1997:172).

3.2 Tendencias del financiamiento

En Europa del Este, el financiamiento del sector de la salud y la búsqueda de tareas más eficientes y efectivas, es hoy en día una tarea primaria y un objetivo de la OECD. A partir de 1990, aunque el gasto en salud ha aumentado como porcentaje del PNB y se sitúa para 2000 en 6,0 puntos, continua siendo en términos comparativos menor con el gasto en Occidente que porcentualmente alcanza dos puntos más. Estas diferencias y otras que se describen en la Cuadro 3, han permitido que el gasto en salud per cápita también sea menor, aún cuando gran parte de la financiación global de los sistemas en cerca de tres cuartas partes se dirige hacia el servicio público.

La mayoría de estos países han transitado de estructuras centralizadas a modelos descentralizados y el sistema público ha sido financiado por lo general por presupuestos del Estado, por la empresa privada y por fondos extra-presupuestales. Hoy en día, los pagos privados constituyen una fuente limitada de recursos.

Es de anotar que la anterior estructura centralizada, burocrática, fundada en presupuestos nacionales y en cuerpos legislativos centrales, distribuía los recursos a través de planes nacionales, basado en el modelo Semashko. Los presupuestos se daban de acuerdo con los datos históricos multiplicados por los factores de inflación, por períodos fijos de tiempo, por lo general anuales y los salarios, medicinas y alimentos tomaban una prioridad sobre otros gastos del Estado. Sin embargo, como ha sido bien analizado dentro de la teoría este modelo no privilegiaba la eficiencia ni la autonomía, tenía poca flexibilidad para adaptarse a las circunstancias de cambio, no daba incentivos para el mejoramiento y tenía una gran tendencia a favorecer la corrupción. Pese a esta circuns-

CUADRO 3
INDICADORES DE RECURSOS DEL SECTOR SALUD

Indicadores de recursos del sector salud	Union europea						Nuevos miembros de la union europea 2004					
	1980	1985	1990	1995	2000		1980	1985	1990	1995	2000	2003
Indicadores												
Gasto en salud (%) de PNB	6,82	7,07	7,24	8,20	8,31	8,31	...	...	5,14	6,05	6,06	...
Gasto en salud per cápita US\$	690,02	901,95	1.184,40	1.541,48	1.910,08	1.910,08	...	...	393,2	531,10	688,46	...
Gasto en salud pública (%) del PNB	...	...	...	75,67	74,46	74,46	...	...	...	78,48	74,75	...
Hospitales / 100.000 habitantes	3,97	3,87	3,82	3,71	3,28	3,28	3,23	2,71	2,65	2,64	2,66	2,73
Camas /100.000 habitantes	901,03	863,20	805,88	687,51	626,47	626,47	...	842,79	848,62	847,15	760,16	680,54
Camas privadas (%) del total de camas	15,71	15,66	17,20	18,36	19,53	19,53	...	...	...	...	1,49	3,01

Fuente: WHO/ Europe HFA Database, enero de 2005.



tancia ha sido reconocido que países como Eslovaquia, República Checa, Hungría y Eslovenia, al haber sido parte del Imperio Austrohúngaro adoptaron de alguna manera y en buena parte los elementos del modelo de Bismarck en cuanto a lo sanitario, lo cual durante la fase inicial de la transición permitió que la magnitud del cambio desde el punto de vista financiero, no fuera tan acentuada como en otros países (Dubois, 2004:55).

A partir de los noventa se adopta una nueva tendencia en los países de Europa Central y del Este que incluían: i) Copagos de los pacientes por la utilización de los servicios. ii) Pagos separados a través de aportes del empleado, empleador y el Estado. iii) Contratos privados con la libre empresa. iv) Nuevos modelos de seguros privados. Los pagos a los prestadores de la salud se han hecho típicamente en cuatro categorías: i) Pago por día. ii) Pago por caso o por admisión. iii) Presupuestos globales. iv) Capitación.

Para adaptarse a este proceso era necesario entonces reestructurar la forma de financiación, descentralizando y brindando autonomía local en el manejo y haciendo nuevos arreglos con el sector privado, los cuales perseguían: i) Romper el monopolio del gobierno sobre el financiamiento de los servicios de salud. ii) Incrementar la responsabilidad de los individuos sobre su propia salud y la forma de financiarla. iii) Mejorar la eficiencia en la asignación y administración de los recursos. iv) Dar responsabilidad para el manejo de la salud a instituciones diferentes al gobierno (Dixon, 2002:7).

Las primeras experiencias en Europa Central y del Este se dieron a través de pagos por días y por caso, implementados en algunos países a través de sucesivas etapas que incluían: i) Un pago por día basado en el presupuesto histórico dividido por el prome-

dio del número de días de hospitalización, con un denominador determinado por el nivel del hospital, su ubicación y su categoría. ii) Pago por el total de servicios prestados al final de la hospitalización. iii) Pagos ajustados al tipo de patología y al nivel de complejidad del hospital prestador del servicio (Langenbrunner, 2002:157). Ejemplos de estos tipos de pagos por servicio se dieron en la República Checa, en donde se evidenciaron resultados negativos, a través de una lista de precios para cinco mil tipos diferentes de servicios, con unos costos que fueron grandes para el sistema y unas grandes categorías del presupuesto que se derivaron a los prestadores de servicios y a la industria farmacéutica (Langenbrunner, 2002:158). Ejemplos del pago por día se dieron en Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, Letonia, Estonia y de pago por caso en Lituania, Polonia, Federación Rusa, Georgia, Kazajistán y Hungría.

Luego de esta etapa, muchos países en Europa del Este han adoptado de nuevo modelos de presupuestos globales y capitación como la siguiente generación de sistemas de pago. Los presupuestos han tomado gran fuerza en la Federación Rusa y la capitación en otros países, en especial, en Croacia, Hungría y Polonia. Gran parte de esta actividad ha tomado gran fuerza luego de los múltiples problemas derivados de los sistemas de pago por día y por admisión (Langenbrunner, 2002:167).

Otra tendencia que se ha dado durante parte de los noventa consiste en que algunos países han adoptado patrones de identificación con algunos modelos de Europa Occidental, dentro de los cambios que implica la lógica del mercado. Así, Hungría, Estonia, Lituania, Bulgaria y Eslovenia se han caracterizado por parecerse más al modelo francés, el cual tiende a ser más concentrado, menos fragmentado y balanceado con las

fuerzas del mercado y; de otra parte, Letonia, Polonia, Rumania, Eslovaquia, República Checa y Rumania, los cuales son relativamente fragmentados han reproducido de manera más acentuada la característica principal del arquetipo alemán (Dubois, 2004:56).

A diferencia, la experiencia en Europa Occidental muestra sistemas mixtos con modelos de pago por los servicios hospitalarios y presupuestos globales, por ejemplo, en Bélgica, Francia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal y España.

En conclusión, un solo modelo de pago no ha resultado ser superior para lograr los objetivos sectoriales, y a la vez la decisión de hacerlo esta influenciada por un amplio rango de factores temporales, incluyendo las prioridades y organización del sistema sanitario. Se puede afirmar que en Europa Occidental el sistema predominante es el del pago por los servicios hospitalarios, asociado con un modelo de recaudo de impuestos. Sin embargo, en Europa del Este, aunque ha aumentado la ayuda de organismos financieros, existen aún modelos de carácter mixto, integrando pagos por servicio y por hospitalización, además de presupuestos globales y modelos de capitación, con una importante participación del paciente como financiador.

3.3 Regulación del sistema sanitario

La reconfiguración del sector de la salud en Europa, como ya ha sido anotado, ha traído consigo un incremento de la actividad de la empresa privada en el cuerpo y en el proceso de cambio y, a partir de 1990, el *estado del bienestar* ha sido sometido a un intenso proceso de regulación (Rico, 2002:73 y ss). Parte de la búsqueda de políticas sanitarias han girado en torno a la adopción de lógi-

cas similares, aunque dentro del curso de diferentes objetivos. Así los ideales de salud han tenido también que acoplarse a la disciplina de los negocios con misión social, a la innovación y determinación de los sectores privados.

Estos cambios conceptuales se han convertido en un reto para todos aquellos que construyen y desarrollan las políticas públicas, por cuanto las presiones del sector de la salud han comenzado a girar en torno a la capacidad del mejoramiento de las condiciones de vida, por una parte y por otra a asumir la modernización y la racionalidad centrada en la eficiencia. Allí precisamente, el aparato regulador ha tendido a ser más integral y complejo, en especial, cuando se trata de salvaguardar los principios constitucionales.

Para muchos entonces resulta sorprendente pero verídico, que el papel del Estado, dentro de la lógica del mercado, es probable que no se haya reducido sino que más bien haya aumentado, precisamente porque las decisiones en materia de salud ahora no sólo se toman entre unos pocos, sino que por el contrario cuentan con muchos agentes que persiguen objetivos particulares. Por esta razón, podría pensarse que el papel del Estado ha crecido de manera importante en cuanto a la regulación de los servicios, aún cuando en términos operativos ha reducido su capacidad de prestación de servicios y ha traído consigo varias crisis hospitalarias en varios países. Sin embargo, la situación se ha hecho compleja cuando se busca establecer el claro papel de regulación, pues desde una perspectiva puede responder a la eficiencia técnica y a corregir las deficiencias del mercado, en tanto que desde otra perspectiva puede definirse en términos de “los bienes sociales y los valores normativos influenciados por cierto tipo de actividades de la economía” (Saltman, 2002:9).



Las diferentes racionalidades desde el punto de vista político en los países en transición han mantenido vigente el debate acerca de la forma de construir y consolidar modelos de gobierno democrático que en términos normativos buscan regular varios aspectos en diferentes niveles. El primero y más grande es el “interés público”, el segundo e intermedio es “el interés o la perspectiva de grupo” y el tercero el “interés individual” (Saltman, 2002:11).

Los mecanismos que se han creado persiguen construir modelos de regulación en salud que respondan a los desafíos de estos tres grandes grupos y se han hecho operativos mediante varias estrategias de regulación que en sentido global se han agrupado en dos dimensiones, la primera en términos de *objetivos económicos, políticos y sociales* que responden a los principios de equidad y justicia, cohesión social, eficiencia económica, seguridad, información y educación y libre escogencia. Esta amplia dimensión reguladora esta influenciada por los principios y acuerdos creados en los países de Europa Occidental, de Centro y del Este y por las nuevas Repúblicas soviéticas ahora conocidas como el Commonwealth of Independent States (CIS).

La segunda dimensión de la actividad de regulación se puede caracterizar como los *mecanismos de manejo*, que responden al nivel práctico y operacional de naturaleza técnica y que se centran en el manejo eficiente y efectivo de los recursos humanos y materiales, en especial, en lo que respecta a la calidad y efectividad de las acciones en salud, el acceso de pacientes, el comportamiento de proveedores y las regulaciones de pagadores y contratos, farmacéutica y del personal de salud (Saltman, 2002:15).

La emergencia de este nuevo “Estado regulador” en materia sanitaria se ha caracteri-

zando entonces por relacionar estas dos dimensiones incorporando además a un amplio sector de organismos del Estado en sus decisiones, son estos el Parlamento Europeo, las administraciones nacionales y las cortes. Estas opciones han sido desarrolladas ampliamente durante los noventa destinadas a promover y desarrollar la capacidad de manejo independiente y la autonomía (tanto de las administraciones locales como de los hospitales), apoyar la descentralización y a construir sistemas de acreditación mediante estrategias orientadas hacia la calidad.

La experiencia reciente en regulación se ha concentrado en lo práctico en tres categorías distintas, la primera para estimular las oportunidades de la libre empresa, la segunda para promover la competencia al limitar la libertad individual y a sus actores persiguiendo el desarrollo sostenible de los mercados y la tercera para restringir con prudencia las libertades individuales en cuanto a la toma de decisiones acerca de los objetivos en las políticas económica y social. En lo particular han sido varios los subsectores de la salud que han tenido nuevos elementos de regulación como los hospitales, práctica general, cuidado dental, salud pública, industria farmacéutica y los sistemas de aseguramiento (Saltman, 2002:25).

En un nivel ascendente, la competencia de la salud en la UE, aunque legalmente establecida, no se ha entregado por completo a agentes supranacionales, sino que más bien es competencia de los gobiernos nacionales independientemente de su capacidad institucional.

En lo local, en cambio, en muchos pero no en todos los países los sistemas se han descentralizado. La subordinación a altos niveles administrativos ha comenzado a ser débil, en tanto se hace fuerte la actividad de las administraciones locales. Sin embargo, en la ma-

yoría de los países las instituciones sanitarias están bajo el control de un Ministro de Salud. Esta tendencia ha traído resultados positivos como responder mejor a los problemas locales, pero asimismo ha sido reconocido que ha traído consigo fallas en la nueva regulación o desarrollo de la misma, pues se ha perdido el control en las responsabilidades y ha desmejorado la ejecución de tareas que previamente eran exitosas como la vacunación y la vigilancia y control de las enfermedades infecto-contagiosas.

3.4 Avances en calidad de salud

De la mano con la actividad de regulación de los sistemas sanitarios, los objetivos de la política sanitaria en materia de calidad de los servicios, los cuales en teoría en todos los países de la región han permanecido universales, con coberturas cercanas al 100%, han girado en torno al establecimiento de responsabilidades financieras que permitan lograr la cohesión social. Esto se ha logrado a través de un catálogo uniforme de beneficios para las personas, del establecimiento de condiciones mínimas necesarias para el funcionamiento de prestadores de servicios, de la acreditación mandatoria para las instituciones y profesionales, de la vigilancia en el desarrollo tecnológico, de la creación de nuevos hospitales sólo acorde con los criterios de planeación del gobierno, de la entrega de servicios compatible con guías y protocolos, de los espacios abiertos para la discusión de las decisiones públicas, del mínimo número de estándares y del fortalecimiento del cuidado primario, entre otros (Saltman, 2002:25 y ss).

Parte del proceso tiene antecedentes en la experiencia del Reino Unido en los años ochenta, cuando a través de la creación del King's Fund, que asumía los estándares del Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) para la mayoría de

sus hospitales buscó el desarrollo de procesos de acreditación del sistema sanitario con altos estándares de calidad capaces de colocar, en particular, a los hospitales públicos dentro de un modelo de competencia regulada con el creciente avance de las políticas de Thatcher (basados en la experiencia del Sistema nacional de salud canadiense, pionero junto con la Joint Commisión on the Accreditation of Hospitals (JCAH) de los Estados Unidos desde 1949 (promovida por el American College of Surgeons) (Scrivens, 2002:96).

Los resultados positivos de este proyecto fueron con rapidez asumidos por otros países europeos como Finlandia y Portugal bajo los estándares del King's Fund, sumados a la experiencia temprana en los noventa de muchos otros países bajo la adopción de ISO 9000 promovida por la recientemente creada European Foundation for Quality Management (EFQM). La experiencia en Europa del Este fue distinta, pues sus mecanismos de regulación se diseñaron durante el modelo Semasko para el nivel más básico de vigilancia y control, en especial, presupuestal, con bajos estándares en la promoción de la calidad centrada en el desarrollo de la capacidad institucional de los servicios de salud (Scrivens, 2002:97, Figueras *et al.*, 2002:7).

La creación de múltiples organismos como la Agence Nationales d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Anaes) en Francia, la European Organization for Quality (EOQ), los programas del Royal Colleges en el Reino Unido, la creación de la Federación of the European Cancer Societes (FECS) para la acreditación y regulación de la calidad de los servicios oncológicos en Europa, la Foundation for the Harmonization of Accreditation in Health Care (FHAHC), el Scotland Clinical Standards Board (SCSB), el Nacional Board for Hospital Facilities (NBHF) en Bélgica, entre otros son ejem-



plos de la creciente necesidad en el mejoramiento de la calidad en varios países de Europa Occidental.

Sin embargo, aunque su desarrollo es todavía incipiente, la transición de los países del antiguo bloque socialista durante los años noventa ha permitido que gran parte de ellos asuman patrones de calidad en sus instituciones, con la meta en algunos casos del mejoramiento en la prestación de servicios, pero en muchos otros y quizás muy temprano para alcanzar algunos de los requisitos que exige el *acquis communautaire*.

Buena parte de la experiencia indica que las fallas que se han presentado son multifactoriales, especialmente atribuidas al desarrollo en cortos períodos de tiempo, por las fallas asociadas a la inexperiencia y por la poca concordancia entre los objetivos de las acreditación con los del gobierno, aparte de un rápido proceso de cambio que ha sido traumático y poco gradual, en el que gran parte de los países han tenido que atacar múltiples frentes a la vez.

Hay experiencias recientes como la de algunos países de centro como Hungría que ha escogido herramientas del JCAHO desde 1996 a través de programas como el Hungarian Hospital Accreditation Process (HHAP), con resultados visibles que han permitido la adopción de modelos similares en países como la República Checa y Eslovaquia (Scrivens y Oomen-Ruijten, 2002:97).

Estos desarrollos en Europa Central y del Este, han sido en forma permanente promovidos dado que el papel de la salud de manera progresiva ha aumentado en la agenda europea, en especial, a través de los debates en el Parlamento Europeo. Éste a partir de 1998 generó el Reporte Needle, base para la expresión ciudadana acerca de la salud en

Europa a través del Public Hearing on Health and Enlargement (Needle, 1999) y el Reporte Bowis en 2000 (Bowis, 2000).

De igual modo, en 2002 se obtuvieron las primeras recomendaciones del European Health Policy Forum (2002) elaborado por la European Health Network y la European Health Management Association, sobre la ampliación de la UE, creado por la Comisión Europea como un mecanismo de información y consulta sobre el proceso de transparencia y respuesta en salud pública en el contexto de la ampliación, haciendo especial referencia a la política farmacéutica, de movimiento de pacientes y de las políticas de regulación del tabaco y seguridad alimentaria (McKee y Rosenmöller, 2004:21).

3.5 La salud pública

La salud pública es un amplio término sin una definición universal en cuanto a estructura y significado, el cual hoy en día en la Europa cambiante permanece confuso. Sin embargo, una de las definiciones más usadas describe que es un proceso para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, para prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma a través de esfuerzos organizados de la sociedad (McCarthy y Martin, 2003:19).

Antes de 1990, como ya se ha visto, los servicios de salud en Europa Central y del Este y en las recientemente creadas naciones del bloque soviético tenían un modelo de salud pública organizado de acuerdo con el modelo Semashko. La responsabilidad de la salud pública de esta forma, recaía en un altamente centralizado sistema de vigilancia epidemiológica (SAN-EPID), organizado en forma jerárquica, con institutos de vigilancia especializados en niveles menores de complejidad (distritales) subordinados a ni-

veles más altos (regional, nacional). De la misma, forma, estos sistemas de vigilancia eran en sí mismos parte de un sistema de prestación de servicios de salud, que de manera simultánea combinaban la monitoria, inspección, prevención y en algunos casos las funciones de investigación (Figueras, 2002:1).

A partir de 1990, los servicios de salud pública en esta región sufrieron importantes reformas, que según algunos investigadores no han estado contenidas formalmente dentro de la reestructuración de los sistemas sanitarios (Bobak, 2002:5), sino que más bien han sido reestructurados de manera indirecta mediante la modificación de otros procesos consecutivos de la reforma.

Uno de estos procesos ha estado dominado por la descentralización de los diferentes sistemas, en la cual parte de las actividades comunicables en salud pública han perdido la subordinación hacia altos niveles administrativos haciéndose débil en el nivel nacional y fuertes en el local, mediante el trabajo conjunto con la administración regional.

Pese a esta circunstancia que en teoría es positiva, los cambios en la estructura de financiación, legislación y responsabilidades locales han permitido que el impacto negativo sobre los servicios de salud pública sea mayor que en otras actividades del sistema (por ejemplo, la pérdida de continuidad en los procesos de vacunación en gran parte de los países de la antigua URSS). Además la fragmentación del sistema ha favorecido que se diluyan las responsabilidades entre varios organismos diferentes del Estado para el control de actividades propias de la salud pública. Un ejemplo claro de esta situación es el presentado en la República Checa en donde las políticas para el control del saneamiento ambiental recaen directamente en el Ministerio del Medio Ambiente, las de

monitoria en el control de alimentos en el Ministerio de Agricultura y aquellas para el control de la radiación en la Agencia para la Seguridad Nuclear. Estos cambios, aunque permitirían un control especializado de diferentes problemas, han llamado en forma repetida la atención sobre la pérdida de disciplina en el sistema y un debilitamiento en el momento de asignar responsabilidades (Bobak y McCarthy, 2002: 7 y ss, Hutton y Engquist, 2003:1-5).

Otra tendencia importante se relaciona con una reducción del personal especializado que trabajaba en estos servicios en comparación antes de 1990, circunstancia que se ha explicado en parte por la incertidumbre en el futuro del sistema de salud pública y por los bajos niveles salariales.

Sumado a esto se ha encontrado un cambio importante en las prioridades sectoriales que han privilegiado a las “estrategias de respuesta”, es decir, a las estrategias de tratamiento en salud pública para cierto tipo de condiciones patológicas, en especial, las relacionadas con la reemergencia de enfermedades infecto-contagiosas derivadas de un aumento en el índice de portadores del HIV, sobre otro tipo de estrategias de salud pública que están enfocadas a las políticas de control de enfermedades y a la prevención de hábitos nocivos para la salud como por ejemplo el consumo de tabaco y alcohol.

Un ejemplo de esta situación está reflejada en el desmonte de varios programas iniciados a mediados de los ochenta por Gorbachev en la URSS y que permitieron el control en consumo de alcohol y una disminución en la mortalidad asociada con el mismo. También estas actividades de salud pública centradas en la prevención secundaria han sobrepasado en número y recursos a las actividades intersectoriales que han encontrado fuertes obstáculos en los gobiernos



nacionales para la consolidación de acciones normativas que refuercen desde un punto legislativo las acciones de salud pública, en especial, las que se refieren a las acciones antitabaco (Bobak y McCarthy, 2002:12 y ss).

Sin embargo, existen algunos avances particulares, en especial, los relacionados con las políticas de salud ambiental, que se han vuelto una prioridad y que en muchos países han obligado a iniciar programas de entrenamiento e investigación, como por ejemplo el Czech National Programme of Environment and Health (CNPEH) y los programas propuestos por la Organización Mundial de la Salud, conocidos como National Environmental Health Actions Plans (NEHAPs) en un buen número de países de Europa Central y del Este (WHO, 2003:8).

Con este panorama, han sido identificados como factores clave que obstruyen los avances de la salud pública a las condiciones sociales y macroeconómicas de inestabilidad regional, las estrategias propias de los sistemas que aún no han transitado hacia un modelo centrado en la prevención, conservando los vicios del modelo Semashko, la pérdida de un enfoque multisectorial del problema y la pérdida de personal entrenado y calificado para asumir los retos de la salud pública (Bobak y McCarthy, 2002:15; Pikani, 2000:12).

Conclusión

Una buena parte de la crisis por la que atraviesan en la actualidad varios países de Europa Central y del Este y de los recientemente formados Estados de la antigua Unión Soviética, se encuentra en la importante determinación del mercado en las acciones sanitarias, en las que la salud parece ser un servicio más derivado y determinado por el mercado autónomo.

Las apuestas actuales por un modelo de asistencia social caracterizado por uno de los tres grandes sistemas de Europa durante el siglo XX –Beveridge, Semashko o Bismarck–, no parecen tener cabida dentro de una lógica fundamentada en los principios de la economía neoclásica. Esta situación refleja que los problemas para el avance de la construcción de las democracias y del desarrollo de las viejas pero ahora retomadas formas de intercambio social, no son un problema exclusivo de los países latinoamericanos ni de los africanos, sino que son uno global con repercusiones sistémicas.

Desde esta perspectiva, son entonces comunes a todas estas experiencias el débil contexto macroeconómico, la pérdida del mercado laboral, la pérdida de transferencias hacia el sector de la salud, la acentuación de las crisis sociales y un profundo sentimiento de debilidad que ya recordaba Hobswam muy temprano en los noventa como un “adiós a todo aquello”, refiriéndose probablemente a la posición de conveniencia en la que se situaban varios países que ocupaban un lugar intermedio en el mundo de la guerra fría.

No obstante, más allá del análisis económico al dar una mirada a la historia, se entiende el porque de muchas dinámicas del presente que son importantes para el análisis detallado y juicioso de los procesos de cambio de nuestra región. Con exactitud los problemas no son iguales, pero al hacer una revisión de las experiencias externas, se encuentra una importante similitud que encierra tendencias y experiencias comunes.

Hoy en día en la Europa del Centro y Este, la transición demográfica muestra una clara tendencia que es similar a la de los países de la periferia y que consiste en una reemergencia de las enfermedades infecto-contagiosas, aumento en los índices de le-

siones secundarias al trauma, aumento en los niveles de enfermedades crónicas y degenerativas y una disminución sostenida en la morbimortalidad materno fetal, en parte explicada por la transición demográfica que supone unas menores tasas de natalidad durante los últimos diez años. Esta tendencia epidemiológica ha sido fruto de las condiciones sociales que vive la región en la actualidad, en la cual los problemas derivados del desempleo, la violencia, las migraciones y el desmonte progresivo del sistema político del mundo bipolar han sido a la vez causas y consecuencias.

Los nuevos sistemas sanitarios han asumido nuevos retos en cuanto a la prestación de servicios, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Estos nuevos retos se derivan en parte del ambiente multicultural de la región, del nuevo papel del Estado y de la aparición de nuevos actores privados en el escenario de la salud. Gran parte de estos sistemas anacrónicamente son considerados como llenos de vicios heredados del modelo Semashko, con crecientes niveles de déficit presupuestal e inestables por la naturaleza misma de sus instituciones. Por tanto, los procesos de descentralización, vigilancia epidemiológica y salud pública cuentan en la actualidad con un sin número de problemas, que están en principio relacionados con la reemergencia de enfermedades que se daban por superadas y por la aparición de nuevas formas de malestar social que se relacionan especialmente con el trauma y la violencia.

Los retos financieros son cada día mayores y la mayoría de estos sistemas cuentan con una evolución inestable que se ha caracterizado por la implementación y abandono secuencial de múltiples sistemas de pago y financiación y adopción de políticas disímiles con sus realidades pero que en principio deben cumplir con las exigidas en el *acquis communautaire*.

En este contexto ha sido ampliamente discutido el papel del Estado. Para muchos, su papel se ha reducido, frente a la creciente multiplicidad de retos. Otro importante sector de analistas y académicos parecen identificar la emergencia de un nuevo “Estado regulador” en materia sanitaria caracterizado por incorporar a un amplio sector de organismos en sus decisiones, son éstos el Parlamento Europeo, las administraciones nacionales y las Cortes.

Durante los noventa el papel del Estado parece entonces haber aumentado en vez de reducirse y sus acciones se han concentrado en promover y desarrollar la capacidad de manejo independiente y la autonomía (tanto de las administraciones locales como de los hospitales), apoyar la descentralización, construir sistemas de acreditación mediante estrategias orientadas hacia la calidad, regular el acceso de pacientes, el comportamiento de proveedores, y las regulaciones de pagadores y contratos, farmacéutica y del personal de salud.

Con esta idea en mente, los enfoques teóricos para el estudio de la ampliación de la UE y de la transición sanitaria de los países del Centro y Este desde el socialismo se han empezado a estudiar desde dos hipótesis, las cuales hoy en día pueden recrear –parcialmente-, la historia reciente de nuestros pueblos. La primera, aquella que mediante una hipótesis de convergencia, explica como el tránsito a la economía de mercado, considerándola como una forma superior de organización social que induce una convergencia en las políticas nacionales, explica el porqué la salud es más un resultado común de adaptación que un proceso innovador. Y la segunda, la que mediante una hipótesis de la diversidad institucional intenta encontrar una explicación, que busca prestar atención a la diversidad de las circunstancias nacionales, en la cual las instituciones sanitarias



son autónomas y se crean y desarrollan de acuerdo con las necesidades de cada país.

En el fondo, hoy en día parece que la lenta e interrumpida transformación a la democracia y la presencia de sistemas, nuevos o viejos, incapaces de mantener estables a las economías expuestas a la presencia de capitales transnacionales y a los objetivos centrados en el mercado, son el común denominador y la explicación generada por excelencia. Así, la salud en este contexto parecería responder a una hipótesis de convergencia, al menos desde los círculos académicos, frente a la cual las respuestas son el resultado de diversos procesos de acomodación más que de autonomía, aún cuando gran parte de los preceptos teóricos de la banca mundial y de los organismos financieros pretendan suponer que esta transformación es el resultado de unos cambios autónomos y esporádicos de diversidad institucional.

No obstante, más allá, los retos de la academia suponen superar ese sesgo que indica que todos los problemas sociales, o al menos la mayoría de ellos, son el resultado de una meta-estructura denominada “el mercado”. Los problemas de la Europa contemporánea, en especial, del Centro y Este, así como los de nuestra región latinoamericana, tienen hoy en día que ver más con otro tipo de situaciones socialmente problemáticas que difieren en forma radical de la naturaleza del mercado. Los problemas relacionados con el multiculturalismo, las sociedades multirraciales y multiétnicas, la transición epidemiológica y demográfica y los problemas relacionados con la educación son prueba de ello.

La respuestas a estos problemas son difíciles, pero probablemente sea el conocimiento de estas otras experiencias, de regiones distantes a la nuestra y de la apropiación de

la historia, las que se encarguen de guiar un curso de acción que permita que aún esta fase de adaptación y esta larga transición mundial, que hoy se sitúa a más de quince años del fin de la sociedad bipolar, permitan reorganizar el curso de acción de la política pública y de las instituciones, con el fin de alinear todos los ideales que están bien guardados en la teoría de nuestras constituciones, con la práctica diaria de la construcción de países más saludables.

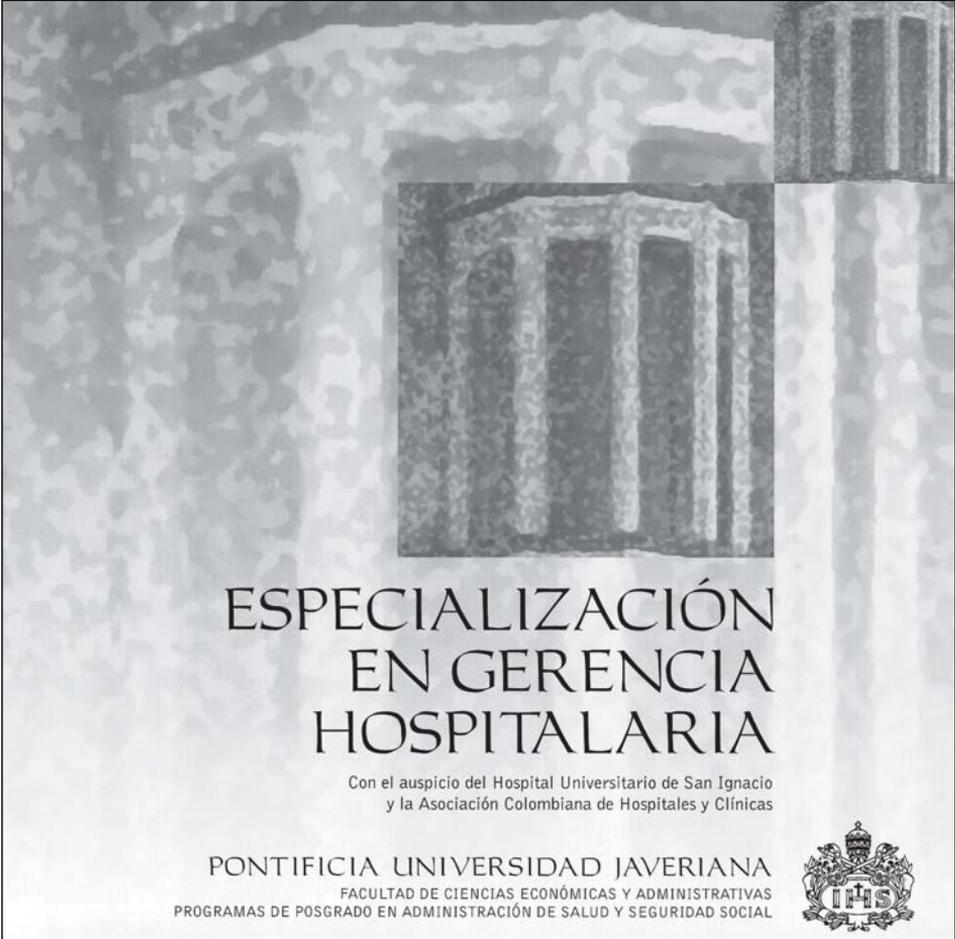
Bibliografía

- Bobak, M.; McCarthy, M. 2002. “Advancing Public Health: 10 years of transition in central and eastern Europe and the newly independent states of the former Soviet Union”. A background paper prepared for Usaid Conference, 29-31 July. European Observatory on Health Systems. Washington, D.C.
- Bowis, J.; Oomen-Ruijten, G. 2000. “Report on public health and consumer protection aspects of enlargement”. Committee on the environment, Public Health and Consumer Policy. European Parliament. Brussels.
- Busse, R.; Van der Grinten, T. 2002. “Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice”. En: Saltman, Richard, Busse, Reinhard, Mossialos Elias Eds. *Regulating Entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press. Philadelphia:127-145.
- Chinitz, D. 2002. “Good and Bad health sector regulation: An overview of the public policy dilemmas”. En: Saltman, Richard, Busse, Reinhard, Mossialos Elias Eds. *Regulating Entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Systems and Policies series. Open University Press. Philadelphia.
- Dixon, A.; Langerbrunner, J. 2002. “Facing the challenges of health care financing.” A background paper prepared for Usaid Conference, 29-31 July. European Observatory on Health Systems. Washington, D.C.
- Dubois, CA.; McKee, M. 2004. “Health and Health care in the candidate countries to the European Union: Common challenges, different circumstances, diverse policies”. En: McKee, Martin, MacLhose, Laura. Eds. *Health policy and European Union enlargement*. European Observatory on

- Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- Esping-Andersen, G. 1993. *Los tres mundos del estado de bienestar*. Trad. B. Arregui Lucco. Valencia. Ed. Alfons El Magnanim.
- Esping Andersen, G. 1999. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Ariel. Barcelona.
- Fazio, H. 1995. "Hacia dónde va la Europa Centro-oriental". *En: Análisis Político*.
- Fazio, H. 1993. "La Unión Europea: Las tareas políticas de la integración". *En: Historia Crítica* (8). Ediciones Uniandes. Bogotá: 3-16.
- Fazio, H. 1998. "La globalización: una mirada desde la historia". *En: Historia Crítica*. (17). Julio-diciembre. Ediciones Uniandes. Bogotá: 71-103.
- Fazio, H. 2001. *Globalización: discursos, imaginarios y realidades*. Uniandes. Iepri, Cesó. Editorial Uniandes.
- Fevret, JM. 2000. "1989-1999: diez años de incertidumbre económica". *En: Diez años después del muro: visiones desde Europa y América Latina*. Tercer Mundo Editores. Bogotá: 77-92.
- Figueras, J.; MacKee, M.; Lessof, S. 2002. "Ten years of health sector reform in CEE and NIS: An overview". Documento presentado por el European Observatory on Health Systems en la Conferencia Usaid: *Ten years of Health systems transition in Central and Eastern Europe and Eurasia*. Washington, DC.
- Hajioff, S.; McKee, M. 2000. "The health of the Roma people: a review of the publisher literature". *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54(11):846-9.
- Healy, J.; McKee, M. 2002. "The evolution of hospitalary systems". *En: McKee, Martin, Healy Judith, EDS. Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- Hobswam, E. 1995. *Historia del siglo XX*. Editorial Crítica. Barcelona.
- Hutton, J.; Engqvist L. 2003. "Making publicly funded health services more responsive". *Eurohealth* 9(3): 1-6.
- Jennett, N. 2004. "Investing in health for accession". *En: McKee, Martin, MacLehose, Laura. EDS. Health policy and European Union enlargement*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- Langenbrunner, J.; Wiley, M. 2002. "Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries". *En: McKee, Martin, Healy Judith, EDS. Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- Maslowski, M. 2000. "El espejo roto". *En: Fazio, H. Diez años después del muro: visiones desde Europa y América Latina*. Tercer Mundo Editores. Bogotá.
- McCarthy, M. 2003. "Integrating public health practice in Europe". *Eurohealth* 9(3): 19-20.
- McKee, M.; Adany, R. 2004a. "Health status and trends in candidate countries". *En: McKee, Martin, MacLehose, Laura. EDS. Health policy and European Union enlargement*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- McKee, M.; Rosenmöller, M. 2004. "The process of Enlargement". *En: McKee, Martin, MacLehose, Laura. EDS. Health policy and European Union enlargement*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- McKee, M.; Healy, J. 2002. "Pressures for change". *En: McKee, Martin, Healy Judith, EDS. Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- Men, T.; Brennan, P., et al. 2003. "Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region". *BMJ*. 327. 25 october.
- Needle, C. 1999. "Report on the development of public health policy in the European Community European Parliament". Committee on the Environment, Public Health and Consumer Policy. European Parliament, Starsbourg.
- OECD, DAC. 2000. "Development cooperation Report" 2000. *OECD Development Assistance Committee*. Paris.
- Pikani, J. 2000. "The view of the candidate countries. Eurohealth". 6(4):12-13.
- Rico, A.; Puig-Junoy, J. 2002. "What can we learn from the regulation of public utilities?" *En: Saltman, Richard, Busse, Reinhard, Mossialos Elias EDS. Regulating Entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- Ronellenfitch, U.; Razum O. 2004. "Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany". *International Journal for Equity in Health*. 3:4.
- Saltman, R.; Busse, R. 2002. "Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice". *En: Saltman, Richard, Busse, Reinhard, Mossialos Elias EDS. Regulating Entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.



- Scrivens, E. 2002. "Accreditation and the regulation of quality in health services". *En: Saltman, Richard, Busse, Reinhard, Mossialos Elias Eds. Regulating Entrepreneurial behaviour in European health care systems*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. Philadelphia.
- Sen, A. 1997. "Desigualdad y desempleo en la Europa contemporánea". *En: Revista Internacional del Trabajo*. 116(2).
- Sokal, R.; Oden, N., *et al.* 2000. "Cancer incidences in Europe related to mortalities, and ethnohistoric, genetic, and geographic distances". *PNAS*. May 23. 97(11):6067-6072.
- UE. 1992. *Tratado de la Unión Europea*. Maastricht. 7 de febrero.
- WHO. 2001. "WHO European Health for all database. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe". WHO/EUROPE HFA Database. <http://data.euro.who.int/hfad/>
- WHO. 2002. "Health status overview for countries of central and eastern Europe that are candidates for accession to the European Union". Geneve. WHO Regional Office for Europe-European Commission.
- WHO. 2003. DEPA/NEHAP "implementation project: Report on environmental health impact assessment. World Health Organization". *En: www.who.int/hia/examples/development/whohia050/en/print.html*
- Word Bank. 2002. *Review of Bank's activities in the Health Sector in Europe and Central Asia*. 1990-2000. The World Bank. Washington D.C.



ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA

Con el auspicio del Hospital Universitario de San Ignacio
y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

