

# Précis

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE OPERACIONES DEL BANCO MUNDIAL VERANO DE 2002 NÚMERO 223

## Respaldo a la reforma del sector de salud en Europa oriental

Al iniciar la difícil transición hacia una economía de mercado, los países de Europa oriental llegaron a la conclusión de que necesitaban reformar radicalmente el sector de salud. El alcance, el ritmo y los resultados de las reformas que finalmente se emprendieron fueron diversos, pero tuvieron numerosas características en común. En su mayoría, los países trataron de descentralizar la atención sanitaria, aumentar la participación del sector privado en la prestación de servicios, racionalizar o reducir los servicios hospitalarios, y revitalizar la función de los médicos de cabecera. Muchos introdujeron alguna forma de seguro nacional de enfermedad. Algunos tomaron medidas para reforzar los programas y la reglamentación de salud pública (por ejemplo, restringiendo la autorización para fumar en lugares públicos o limitando la publicidad de tabaco). Otros trataron de mejorar los servicios de salud reproductiva para la mujer.

El Banco Mundial alentó esas reformas con sus primeras inversiones en la región y su apoyo a iniciativas regionales financiadas mediante donaciones. En la estrategia del Banco para el sector de salud, nutrición y población de la región, diseñada en 1998, se identificaron las principales dificultades que enfrentaba la reforma, se sintetizaron las enseñanzas que comenzaban a extraerse de la experiencia y se establecieron prioridades para aumentar la eficacia del respaldo del Banco.

La cartera del Banco correspondiente al sector de salud, nutrición y población de la región es relativamente reciente. Para fines del ejercicio de 2002 se terminaron siete proyectos (en Albania, Croacia, Estonia, Hungría, República Kirguisa, Rumania y Turquía), que fueron examinados por el Departamento de Evaluación de Operacio-

nes (DEO) del Banco. Cinco de ellos (rehabilitación de los servicios de salud de Albania, proyecto para el sector de salud de Croacia, proyecto para el sector de salud de Estonia, gestión y servicios del sector de salud de Hungría y rehabilitación de los servicios de salud de Rumania) tropezaron con problemas similares y dieron pie a un examen más amplio de la experiencia recogida por el Banco en relación con la reforma en Europa oriental. El DEO también llevó a cabo detalladas evaluaciones sobre el terreno de proyectos terminados en Estonia, Hungría y Rumania.

La reforma del sector de salud es un proceso lento y controvertido. Ha resultado especialmente difícil en los países en transición, la mayoría de los cuales debía reformar sistemas ineficientes y con excesiva capacidad hospitalaria, lo que implicaba





una reducción a la que se opusieron los trabajadores del sector sanitario, los usuarios y los políticos locales. Por otra parte, muchos países carecían de los conocimientos y la capacidad necesarios para la formulación de políticas sanitarias y la planificación y gestión del sector de salud. Una arraigada tradición de formación médica especializada fue otro factor que incidió en la resistencia a la medicina familiar y a los protocolos de tratamiento eficaces en función de los costos. Por último, la propia transición económica obstaculizó las reformas, puesto que el PIB y los presupuestos para el sector de salud se estancaron o se redujeron, como ocurrió en la mayoría de los países en transición, particularmente en los primeros años del decenio de 1990.

Aunque en muchos países el Banco se cuenta entre los organismos internacionales con mayor presencia en cuanto a operaciones, su contribución financiera suele ser reducida en relación con el total del financiamiento destinado a la atención de la salud. Cumple sólo un papel periférico en las negociaciones nacionales sobre políticas y la formación de coaliciones relacionadas con las reformas sanitarias. Con estas limitaciones, la influencia del Banco depende de su capacidad para actuar como agente catalizador de reformas más amplias, mediante el diálogo sobre políticas, las inversiones en capacitación y fortalecimiento de la capacidad, y las políticas exigidas como condición para los préstamos.

### Contexto del apoyo prestado por el Banco

Los proyectos de salud emprendidos en Estonia, Hungría y Rumania ofrecen ejemplos ilustrativos de la variedad de dificultades que se presentaron al tratar de reformar el sector sanitario en los países en transición. Los proyectos tuvieron muchos objetivos y características en común, pero la evolución de las reformas varió de un caso a otro. Estonia se encuentra entre los países más avanzados de la región en cuanto a la reforma de la economía y el sector de salud, mientras que Rumania está entre los más atrasados. Hungría ha progresado en su reforma económica y se está preparando para formar parte de la Unión Europea, pero va a la zaga en el sector sanitario.

También fueron dispares los resultados de los proyectos terminados: desde muy satisfactorios en Estonia, hasta

moderadamente satisfactorios en Rumania y moderadamente insatisfactorios en Hungría. En Estonia, el proyecto de salud patrocinado por el Banco integró eficazmente las actividades de inversión y reforma, y actuó como marco general para el programa de reforma llevado a cabo por el gobierno. El proyecto de rehabilitación del sector de salud de Rumania contribuyó a revitalizar la infraestructura sanitaria y catalizar las reformas del sector, pero los resultados de las actividades de inversión de los proyectos variaron considerablemente. En el caso húngaro, el gobierno no llegó a identificarse con el proyecto y, si bien varios de los componentes fueron un éxito, la mayoría de las inversiones del proyecto produjeron escasos efectos y su viabilidad es incierta.

### Factores determinantes de los resultados de los proyectos y las reformas del sector

Los primeros proyectos de salud financiados por el Banco en la región subestimaron, en su mayor parte, las dificultades políticas e institucionales que planteaban las reformas y fueron excesivamente optimistas respecto de las posibilidades de la reforma y la rapidez con que se podía instrumentar. Se llegó a la conclusión de que hubo otros factores de importancia que incidieron en el resultado de aquellos proyectos y es preciso tener en cuenta.

Primero, la formulación y la secuencia de las reformas del sector —así como la estrategia, el asesoramiento sobre políticas y el diseño de los proyectos del Banco— deben corresponderse con la situación política y sectorial del país, especialmente el grado de consenso sobre la reforma y la capacidad para preparar y ejecutar proyectos y programas de reforma.

Segundo, el resultado de las reformas estructurales —entre ellas, la introducción de un seguro médico nacional obligatorio o la privatización del servicio de médicos de cabecera— depende del progreso de reformas complementarias, así como de la formación y el desarrollo de la capacidad de los administradores y prestadores de servicios de salud.

Tercero, las inversiones más exitosas realizadas por el Banco en el marco de sus proyectos —y las contribuciones más notables al proceso de reforma sectorial— formaron parte del apoyo crediticio y no crediticio destinado al fortalecimiento de la capacidad y la búsqueda de consenso para llevar adelante la reforma. Normalmente estas actividades representaron una proporción reducida del total del financiamiento otorgado.

Cuarto, si se utilizan adecuadamente, las inversiones de capital pueden complementar y reforzar el proceso de reforma. En la mayoría de los proyectos terminados, no obstante, dichas inversiones lograron introducir sólo parcialmente reformas o mejoras significativas en la calidad o la eficiencia de los servicios de atención de la salud. Los resultados fueron más satisfactorios cuando las inversiones se vincularon cuidadosamente a reformas institucionales y a apoyo complementario para el desarrollo de la capacidad.

Quinto, las actividades de inversión de los proyectos alcanzaron mejor sus objetivos cuando se llevaron a cabo con la colaboración de otros donantes, organizaciones no gubernamentales o institutos de investigación. Muchos gobiernos son reacios a solicitar préstamos para asistencia técnica, y otras organizaciones tienen ventajas comparativas en esferas técnicas o en actividades de fortalecimiento de la capacidad.

Sexto, a pesar de que la reforma lleva más de 10 años, llama la atención que existan tan pocas pruebas sobre los efectos de las diversas reformas en la calidad y eficiencia de los servicios, los comportamientos en relación con la salud y la evolución de la situación sanitaria. No se atribuyó un alto grado de prioridad al seguimiento y la evaluación, lo que redujo la contribución del Banco a la formación de consenso y al estudio de las cuestiones sociales.

### Diseño y puesta en marcha de las reformas del sector de salud

El programa de reforma del sector de salud ha sido notablemente similar en toda la región. Algunas de las dificultades que se han presentado quedan ilustradas por la experiencia recogida en tres campos: el seguro nacional de enfermedad, el fortalecimiento de la medicina familiar y la privatización de los servicios de medicina general, y el fomento de la salud y los programas de salud pública.

*Seguro nacional de enfermedad: Grandes expectativas con resultados dispares.* La mayoría de los países de Europa oriental han establecido algún tipo de seguro médico nacional obligatorio, financiado con impuestos sobre sueldos y salarios. Se preveía que las reformas aumentarían los recursos disponibles para el sector de salud e impulsarían mejoras en la eficiencia y la calidad del sistema. Sin embargo, los resultados han sido dispares. Donde las reformas están avanzadas, como en Estonia, el nuevo sistema de seguro se ha afianzado y ha comenzado a producir beneficios. En Hungría todavía resulta problemático frenar los costos. En países como Rumania, donde la situación económica e institucional es deficiente, las reformas siguen siendo frágiles y el marco jurídico aún tiene puntos débiles.

La experiencia obtenida en Estonia, Hungría y Rumania demuestra que la reforma de los sistemas de seguro y de pagos no basta, por sí sola, para racionalizar el sector hospitalario o mejorar su eficiencia. La capacidad del Banco para influir en la evolución del seguro nacional de enfermedad ha sido limitada, en gran medida porque la decisión de instrumentar un seguro social obedeció a consideraciones políticas. Por ello, la función del Banco se ha ceñido a alentar el perfeccionamiento del sistema y mejorar los sistemas de gestión, como ocurrió en Croacia y Estonia.

El Banco continúa interviniendo en cuestiones relativas a los seguros médicos nacionales en numerosos países de la región y en el futuro tendrá que responder varias preguntas importantes: ¿Superan los beneficios del seguro nacional obligatorio el costo de oportunidad que entraña la creación de

estas nuevas instituciones, particularmente donde la capacidad es limitada? Aun cuando el seguro médico nacional obligatorio no sea la solución ideal, ¿cómo pueden los países que han contraído un compromiso político con este sistema adaptarse mejor a él? ¿Deberían los gobiernos introducir la competencia entre los prestadores públicos y privados, a pesar de que ello supone una carga normativa aún mayor? ¿Deberían seguir siendo los impuestos sobre sueldos y salarios la principal fuente de financiación del seguro médico nacional, en vista de que pueden incrementar los costos laborales y la evasión fiscal? De no ser así, ¿qué fuentes de ingreso podrían reducir los efectos secundarios negativos para la economía? Los propios países adoptarán estas decisiones, pero para el Banco y sus asociados es importante reunir información sobre esas cuestiones y asesorar al respecto a los gobiernos que solicitan sus servicios.

*Fortalecimiento de la medicina familiar: Importancia de establecer un orden de sucesión de la capacitación y las reformas.* Para mejorar la atención primaria de la salud, los países de toda la región han implementado programas experimentales o han llevado a cabo reformas con el objeto de dar a la medicina familiar categoría de especialidad y contratar a médicos de cabecera como profesionales independientes. Estonia, a la vanguardia en estas reformas, creó un departamento de medicina familiar en la facultad de medicina a principios del decenio de 1990 (y lo amplió con ayuda del proyecto). Para 1997, cuando se pusieron plenamente en marcha las reformas, el país contaba ya con una masa crítica de médicos de familia bien preparados, lo que permitió aumentar la aceptación del público y de los círculos médicos. En Rumania se puso en práctica un programa piloto patrocinado por el proyecto, destinado a reformar el sistema de médicos de cabecera en ocho distritos. El programa logró reunir apoyo y ayudó a mejorar la legislación, pero las reformas se instrumentaron en todo el país antes de que los médicos de cabecera estuvieran preparados para cumplir su nueva función. Si bien las reformas crearon las condiciones para mejorar la atención primaria de la salud, es preciso seguir perfeccionándola. Por ejemplo, el fondo del seguro de enfermedad, creado recientemente, tiene una capacidad limitada para vigilar la cantidad (la facturación) o la calidad del servicio dispensado.

Las experiencias contrapuestas de Estonia y Rumania dejan varias enseñanzas. En primer lugar, los cambios en los sistemas de contratación y pago deberían ir acompañados o precedidos de una capacitación intensiva de los médicos de cabecera, para que puedan adaptarse a sus nuevas funciones y aumente así la credibilidad de la reforma entre los pacientes y la profesión médica. En segundo término, las reformas de la medicina general deberían implementarse gradualmente; la función de "guardián" (para la atención especializada) tendría que ser la última en implementarse, una vez generada la credibilidad. En tercer lugar, el éxito de las reformas depende no sólo de la creación de los incentivos apropiados en el sistema de pagos, sino también del desarrollo de la capacidad de

la autoridad de contratación para reglamentar y supervisar a los médicos generales, así como de la instauración de mecanismos eficaces para proteger las asignaciones presupuestarias destinadas a la atención primaria de la salud. Por último, para dar a los médicos de cabecera el carácter de profesionales independientes, es necesario contar con un claro marco normativo para la atención primaria; en especial, es preciso indicar quién se hace cargo de los establecimientos sanitarios (que solían ser propiedad del Estado), y reglamentar el empleo de enfermeras y la acreditación de médicos privados o independientes.

*Fomento de la salud: Progresos limitados.* Para reforzar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles —incluso para reducir el consumo de tabaco y alcohol y mejorar los hábitos alimentarios— es preciso influir en el comportamiento individual (mediante información, educación y comunicación), además de modificar políticas, leyes e impuestos. Sin embargo, los progresos han sido limitados porque, en un principio, la mayoría de los gobiernos de la región asignaron un bajo grado de prioridad al fomento de la salud. Los componentes de promoción de la salud patrocinados por los proyectos fueron relativamente exitosos en Estonia y Croacia (donde, en general, los gobiernos les prestaron un fuerte apoyo), pero no dieron buenos resultados en Rumania y Hungría (donde el apoyo fue escaso). El Banco debe dedicar mayor atención a fortalecer la capacidad y el compromiso con las actividades de promoción de la salud en el diseño y la supervisión de proyectos y en el diálogo sobre políticas, particularmente donde el compromiso de las autoridades no es firme.

La experiencia recogida en Croacia, Estonia, Hungría y Rumania permite extraer varias enseñanzas para la labor futura del Banco en este campo. Primero, la modificación de pautas arraigadas de comportamiento individual y social es un proceso de largo plazo, como lo es el fortalecimiento de la capacidad institucional y el compromiso nacional con la promoción de la salud, especialmente en vista del punto de partida de la mayoría de los países. Segundo, el Banco puede contribuir a promover la capacidad y el consenso en esta esfera mediante el diálogo sobre políticas (con los ministerios de salud, los ministerios de hacienda e interesados no gubernamentales) y mediante el apoyo específico en el marco de los proyectos (por ejemplo, creando o mejorando organizaciones dedicadas a la promoción de la salud). Pero estas actividades exigen una atención constante durante el diseño y la supervisión de los proyectos, aun cuando el monto de las inversiones es reducido. Tercero, el seguimiento y la evaluación de los comportamientos en materia de salud fueron deficientes en todos los proyectos terminados (y en la mayoría de los países); tanto el seguimiento nacional de las tendencias del comportamiento (que normalmente requiere encuestas y otros instrumentos) como la evaluación de la eficacia de determinadas intervenciones de promoción de la salud dejaron bastante

que desear. En general, en los proyectos se fijaron objetivos poco realistas en relación con los cambios que se lograrían en los indicadores sanitarios correspondientes a enfermedades crónicas (cáncer, cardiopatías); sería más apropiado utilizar indicadores intermedios del comportamiento (prevalencia del hábito de fumar).

### **Fortalecimiento de la capacidad y consenso en torno a la reforma**

¿Cómo puede el Banco aprovechar sus actividades crediticias y no crediticias para ayudar a fortalecer la capacidad local y obtener el consenso de los interesados sobre la reforma?

*Fortalecimiento de la capacidad de diseño e implementación de reformas:* El respaldo de los proyectos a la creación o el mejoramiento de institutos de gestión sanitaria en Hungría y Rumania, las facultades de salud pública en Estonia y Hungría, y un departamento de medicina familiar en Estonia ha contribuido a aumentar la credibilidad de estas "nuevas" disciplinas, ha fortalecido la capacidad nacional en ámbitos decisivos para la reforma y ha permitido reunir apoyo para la reforma del sector. No obstante, su efecto directo en las políticas depende de las relaciones con el gobierno. En Estonia y Hungría resultó más difícil reformar las organizaciones existentes —como los ministerios de salud o los organismos sanitarios y epidemiológicos de la era soviética— que crear entidades nuevas. No obstante, a largo plazo, el diálogo y el apoyo a las actividades de capacitación dan sus frutos. A pesar de las contribuciones de numerosos donantes para tareas de formación y desarrollo de la capacidad, las exigencias que las reformas sectoriales imponen a administradores y prestadores sanitarios continúan superando la oferta de capacitación y apoyo técnico en muchos países. Asimismo, de acuerdo con la experiencia recogida en Albania, Hungría y Rumania, los programas de capacitación deben adaptarse a la apretada agenda de los prestadores y los administradores de hospitales.

*Búsqueda de consenso acerca de la reforma:* En vista de la rotación periódica de gobiernos y ministros, es fundamental establecer contacto con una gran variedad de interesados, por ejemplo del poder legislativo y los partidos de la oposición. Los proyectos piloto pueden contribuir a definir y formar consenso en torno a las reformas, pero deben estar bien diseñados, ser evaluados correctamente y guardar relación con las prioridades del gobierno. Los estudios y análisis del Banco suelen ser influyentes, como se observó en Albania, Hungría y Rumania, pero su repercusión depende del grado de divulgación y participación local, y de la capacidad de las autoridades para asimilar los análisis técnicos. Si bien no se puede obligar a los gobiernos a tomar determinadas medidas como condición para los proyectos, el Banco puede utilizar la condicionalidad para fortalecer la función de los reformadores y contribuir a consolidar las reformas, como ocurrió en Estonia y Rumania.



## Recomendaciones

Para aumentar su contribución a la reforma del sector el Banco puede:

- *Reforzar la base de conocimientos para la reforma sectorial*, mejorando las tareas de seguimiento y evaluación, tanto a nivel sectorial como de los proyectos, y patrocinando estudios analíticos sobre la manera más adecuada de adaptar las reformas a las circunstancias locales, en particular a los diferentes contextos institucionales y políticos.
- *Prestar mayor atención a temas importantes que habían sido soslayados*, como la promoción de la salud, la reducción de los sobornos y la equidad (sin olvidar a las minorías étnicas).
- *Seguir probando nuevos instrumentos crediticios*, como los préstamos adaptables para programas, los préstamos para el aprendizaje y la innovación, y los préstamos para fines de ajuste sectorial, e incorporar selectivamente condiciones vinculadas al sector de salud en los préstamos para ajuste macroeconómico.
- *Continuar afianzando la colaboración con los donantes, las organizaciones no gubernamentales* y los institutos de investigación, tanto en la región como en el país.

## OED Précis recientes

- 222 Gestión del agua en Bolivia: Historia de tres ciudades
- 221 Puente sobre aguas revueltas: Estrategia del Banco Mundial
- 220 Los bienes culturales, en las políticas y en la práctica
- 219 Examen anual de la eficacia en términos de desarrollo, 2001: Selección de instrumentos
- 218 La AIF y sus asociados en la reducción de la pobreza
- 217 La actividad forestal comunitaria en Nepal
- 216 Promoción del desarrollo ecológicamente sostenible
- 215 Enseñanzas recogidas de proyectos de abastecimiento de agua en el sector rural
- 214 Uganda: Políticas, participación, gente
- 213 Desarrollo de la capacidad africana de seguimiento y evaluación
- 212 El modelo de educación para niños pobres aplicado en Chile
- 211 Fortalecimiento de los municipios tunecinos para fomentar el desarrollo urbano local
- 210 Conexión con la revolución de la información
- 209 La participación en la asistencia para el desarrollo



Director General, Evaluación de Operaciones: *Robert Picciotto*  
 Director, Departamento de Evaluación de Operaciones: *Gregory K. Ingram*  
 Jefe, Grupo de Evaluación Sectorial y Temática: *Alain Barbu*  
 Jefe de Proyecto: *Timothy Johnston*

► Este *Précis*, redactado por William Hurlbut, se basa en la evaluación que realizó Timothy Johnston, Oficial Superior de Evaluación de Operaciones, Grupo de Evaluación Sectorial y Temática, DEO.

► Los Directores Ejecutivos y el personal del Banco pueden obtener estos boletines en la Unidad de Documentos Internos y los centros de servicios de información regionales, y el público en general en el InfoShop del Banco Mundial. También se pueden obtener gratuitamente solicitándolos al Centro de Consultas del DEO (Tel.: 1-202/458-4497; [eline@worldbank.org](mailto:eline@worldbank.org))

## Précis

Jefe, Grupo de Asociaciones y Conocimientos: *Oswaldo Feinstein* •  
 Editor Jefe: *Elizabeth Campbell-Pagé* • Redactora: *Caroline McEuen*  
 • Difusión: *Juicy Qweishi-Hua*

**DECLINACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** OED *Précis* es obra de la Unidad de Extensión y Difusión, Grupo de Asociaciones y Conocimientos, Departamento de Evaluación de Operaciones del Banco Mundial. Las opiniones expresadas en este boletín son las del personal y editores de dicho Departamento y no deben atribuirse al Banco Mundial, sus instituciones afiliadas o sus Directores Ejecutivos.

*Précis also available in English*  
*Précis aussi disponible en français*

<http://www.worldbank.org/oed>