
ESPACIO ABIERTO

Evaluación del Informe sobre la salud en el mundo, 2000

Vicente Navarro

Imparcialidad financiera y equidad Otra lectura del Informe de la Organi- zación Mundial de la Salud - Año 2000

Jorge Iván González

El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión

Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero

La bioética y el pluralismo ético

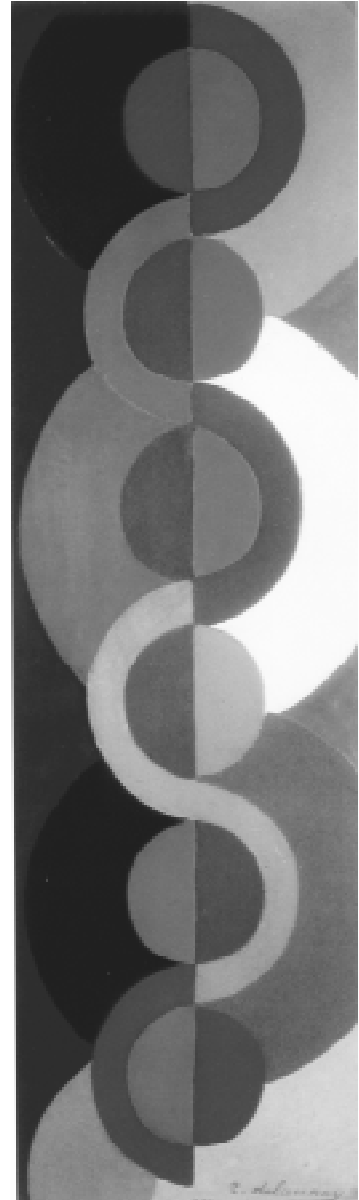
Mario Hernández Álvarez

Ética de la salud como ética de la vida

María Inés Jara Navarro

El papel de los investigadores y el uso de metodologías participativas en los procesos de formulación de políticas: Una perspectiva posestructuralista

Román Vega



Evaluación

DEL INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO, 2000*

Vicente Navarro

El 24 de junio de 2000, la Organización Mundial de la Salud publicó el Informe que evaluó los sistemas de salud del mundo con base en un índice global de desempeño (WHO, 2000). El Informe tuvo efecto inmediato y fue discutido en las primeras páginas de la mayoría de los principales periódicos y en los noticieros de televisión del mundo occidental. La Organización Mundial de la Salud, la agencia de la salud de las Naciones Unidas, había evaluado los sistemas de salud del mundo, y cada quien necesitaba conocer el lugar de su país en la clasificación.

En los círculos de la política de salud, el Informe causó algunas sorpresas mayúsculas. En lo más alto de la clasificación de la OMS aparecieron países como España e Italia, cuyos sistemas de salud rara vez habían sido considerados como modelos de eficiencia o efectividad. La publicación del Informe que ubicó al sistema español como el tercero de Europa, después de Italia y Francia, coincidió con demostraciones sin precedentes en

contra de las autoridades del sistema sanitario en España. Los manifestantes protestaban por las largas listas de espera para la realización de intervenciones en las que estaba en riesgo la vida de los usuarios (las cuales causaron un gran número de muertos) y los reducidos lapsos de consulta en los centros de atención primaria (con un promedio de tres minutos por consulta). Esta situación había forzado a importantes asociaciones de profesionales, incluyendo la Asociación de Española de Médicos de Atención Primaria, a denunciarla como “intolerable” (hechos que fueron ampliamente reportados en los periódicos españoles en junio y julio; ver por ejemplo, la serie en *El País* en junio de 2000). Las crecientes protestas populares habían puesto al gobierno conservador a la defensiva, hasta que la OMS clasificó al sistema español como el tercero de Europa y el séptimo en el contexto mundial. El ministro de salud mostró a los manifestantes el Informe como una prueba de lo injustificadas de sus reclamaciones y exigencias.

Sin embargo, los manifestantes no se impresionaron por la posición en la que la OMS colocó a su sistema. Algo parecía profundamente erróneo en la pretensión de conside-

* Autorizada su publicación por el autor. Versión original en inglés publicada en *Lancet* 2000; 1598-1601. Traducción de Román Vega y Sergio Torres.



rar el desempeño del sistema español como el séptimo mejor del mundo. Ciertamente, las conclusiones no coincidían con las percepciones de la mayoría de los españoles. En una de las más rigurosas encuestas acerca de la opinión de la población sobre la atención en salud, los españoles expresaron más descontento con su sistema que el de la población de cualquier otro país de la Unión Europea, excepción hecha de Italia, cuya atención en salud también fue ubicada entre las “mejores”. Un llamativo 28% de la población española (y un aún más impresionante 40% de la población italiana) indicó que “había tantos errores en su sistema de atención en salud que éste necesitaba ser reconstruido completamente”, y un 49% adicional de la población española (y 46% de la población italiana) afirmó que “había cosas muy buenas en el sistema de atención en salud pero que se necesitaban cambios fundamentales para mejorarlo” (Blendon y otros, 1991g). No había en efecto coincidencia entre la calificación de desempeño que daba la OMS y la de las poblaciones españolas e italianas. ¿Quién está en lo correcto? Con el fin de responder esta pregunta, primero debemos comprender que la OMS no es una institución científica sino política, cuyas posiciones e informes deben ser valorados tanto científica como políticamente.

El objetivo de la clasificación de la OMS

¿Por qué necesitamos clasificar los países de acuerdo con el desempeño de sus sistemas de salud? Probablemente, un objetivo importante es identificar qué podemos aprender “de los mejores”, usándolos como puntos de referencia para lograr una mejor salud. Un elemento muy importante en la clasificación de la OMS es la credibilidad de los indicadores de desempeño que se usan. Por tanto, es

importante conocer cómo fue construida la clasificación, los supuestos que soportan los indicadores usados y las consecuencias para la política de salud de seleccionar un determinado indicador respecto de otro.

Empecemos con la naturaleza de los indicadores. El Informe de la OMS desarrolla tres tipos de indicadores. El primero se relaciona con la efectividad del sistema de salud (principalmente la atención médica más los tradicionales servicios de salud pública) para reducir la mortalidad y la morbilidad. El segundo se relaciona con la respuesta del sistema al usuario, entendiéndose por respuesta la habilidad de proteger la dignidad del usuario; garantizar confidencialidad y autonomía; proveer atención oportuna con alta calidad de las instalaciones; proveer espacio para el apoyo social; y asegurar la selección del proveedor. Y el tercer tipo de indicador se relaciona con la equidad del sistema, medido por el grado de progresividad en la financiación del servicio de salud.

Los tres tipos de indicadores son ponderados y sumados para crear un solo indicador, el indicador de desempeño. No es claro por qué la OMS creyó necesario generar un indicador sintético de desempeño. Después de todo, no hay un único indicador de las Naciones Unidas para clasificar los países por desempeño económico. Más aún, el Informe económico anual de las Naciones Unidas usa indicadores específicos para medir diferentes componentes de la eficiencia económica tales como desempleo, crecimiento económico per cápita, tasa de crecimiento de la productividad y otros. Pero ningún indicador único resume las múltiples dimensiones del igualmente complejo tema del desempeño económico. Entonces, ¿por qué la OMS decidió construir un indicador único de desempeño de los sistemas de atención en salud? El Informe no dice nada sobre este punto.



Efectividad de los Sistemas de Atención en Salud

En la conceptualización de la OMS sobre la efectividad de la atención médica, el Informe reproduce, sin ninguna crítica, un gran supuesto de las culturas de la atención médica de que la medicina es muy efectiva para reducir la mortalidad y la morbilidad. Encuentro asombroso que una prominente agencia de salud pública pueda afirmar:

“Los diferentes grados de eficiencia con que los sistemas de salud se organizan y financian, y reaccionan a las necesidades de las poblaciones explican en gran medida la creciente diferencia entre las tasas de mortalidad entre los ricos y los pobres, dentro de los países y entre los países, alrededor del mundo”.

No se da ninguna evidencia para soportar tal afirmación. En realidad, la literatura publicada muestra que gran parte de la ampliación de la diferencia en las tasas de mortalidad dentro y entre los países se debe principalmente a los diferenciales crecientes de la riqueza y del ingreso (Wilkinson, 1996). “Los sistemas de salud han jugado un papel importante en el aumento de las expectativas de vida que se dio durante el siglo XX”.

Nuevamente, no hay datos científicos para soportar tales afirmaciones. En realidad, la evidencia muestra que las reducciones mayores de la mortalidad y los aumentos de la esperanza de vida durante el siglo XX se dieron antes de que la atención médica probara ser efectiva. En verdad, los cambios más dramáticos de la mortalidad durante el siglo fueron el resultado de intervenciones sociales y económicas (Berkman y Kawachi, 2000; Navarro, 2000).

doble— es en gran parte porque el gasto per capita en su sistema de salud es 35 veces mayor”.

De nuevo ninguna evidencia se da sobre esta afirmación. Todos los datos científicos muestran que no hay relación entre el nivel de gastos de un sistema de salud y el nivel de mortalidad. Sin embargo, sí hay evidencia de la relación entre las intervenciones políticas, la distribución de la riqueza y de los ingresos, con los indicadores de mortalidad (Navarro y Shi, 2000).

Esta gran confianza en la efectividad de la atención médica alcanza proporciones extremas cuando la OMS afirma que “...con una inversión en atención en salud de US\$ 12 por persona, un tercio del peso mundial de las enfermedades habría sido prevenido durante 1990...”. De esta forma, el Informe da la impresión de que los principales problemas de mortalidad y morbilidad son consecuencia de los limitados recursos destinados a los sistemas de salud. Por tanto, entre más dinero tenga asignado un sistema de salud más vidas serán salvadas. Es más, el Informe cuantifica cuántas vidas pudieran salvarse por dólar invertido. Muy claro, pero profundamente equivocado. En ninguna parte se presenta evidencia científica alguna que soporte tan delirantes aseveraciones. Una vez más, la mayoría de los datos disponibles muestra que otros factores son mucho más importantes para explicar el nivel de salud y mortalidad de un país de lo que lo son sus servicios médicos. Cualquier estudiante de salud pública sabe que la medicina no es tan efectiva en reducir la mortalidad y la morbilidad como el establecimiento médico cree. Más aún, hay una amplia literatura sobre las causas sociales, económicas, culturales y políticas de la salud y la enfermedad. Que la atención médica es menos efectiva en reducir la mortalidad de lo que el Informe de la OMS asume no significa, por supuesto, que



la medicina no es útil en la atención de las condiciones médicas de los pacientes y en el mejoramiento de su calidad de vida. Pero es errado explicar el nivel de mortalidad de un país por su servicios médicos. Ni siquiera las intervenciones de salud pública (tales como la inmunización contra las enfermedades infantiles), las cuales han sido mucho más efectivas que las intervenciones de la atención médica en reducir la mortalidad, pueden ser consideradas como las principales razones de la disminución de la mortalidad durante el siglo XX. Las intervenciones sociales, económicas y políticas son las principales razones de esta disminución.

Este supuesto equivocado –la sobreestimación de la efectividad de la atención médica y de salud– explica porqué algunos países mediterráneos como España, Italia, Portugal y Grecia, que tradicionalmente han tenido buenos indicadores de salud con largas expectativas de vida, obtuvieron altos puntajes en la clasificación de la OMS. El Informe atribuye de forma equivocada la baja mortalidad a la efectividad de la atención médica. Estos países tienen diferentes tipos de servicios de salud, pero todos comparten la característica de que el gasto público en el sistema de salud, como porcentaje del producto nacional bruto, está entre los más bajos de la Unión Europea. La tabla 2 del Informe (Indicadores básicos de todos los estados miembros), muestra que estos están entre los países con la más baja probabilidad de muerte (por 1000) de niños menores de cinco años así como de adultos entre 15 y 59 años, y la más larga esperanza de vida del mundo. Ninguno de ellos tiene grandes gastos en los sistemas de salud. Las formas de financiación y organización del sistema de salud son extremadamente variadas, no obstante, comparten una alta insatisfacción por parte de la población con la atención. En realidad, el Informe de la OMS clasificó a estos sistemas de salud

como los menos respetuosos con los usuarios de todos los sistemas de la Unión Europea. En la clasificación de respetabilidad, España está en el puesto 34, Grecia en el 36, Portugal en el 38 e Italia en el 23. Esto podría indicar que, de acuerdo con los autores del Informe, la efectividad de los sistemas de salud en reducir la mortalidad pesa más que su limitada respetabilidad para con los usuarios. En consecuencia, son considerados poco amigables con los usuarios pero muy efectivos. Por eso es altamente cuestionable que los buenos indicadores de mortalidad de estos países sean el resultado de las intervenciones de los sistemas de atención en salud.

¿Quién define los indicadores de respetabilidad?

El segundo componente del desempeño se relaciona con lo que el Informe llamó “respetabilidad” del sistema de salud para con los usuarios e incluye dos grupos principales de consideraciones. El primero se refiere a lo que se llama “respeto por las personas”, que incluye la dignidad reconocida al paciente, la confidencialidad de la información y la autonomía de los pacientes. El segundo grupo se refiere a los “atributos orientados al cliente”, tales como la rápida atención del paciente, la calidad de las instalaciones para la comodidad en la prestación de los servicios, el acceso a redes de apoyo social y la selección del proveedor. Parecería que estas características deben dar una idea correcta de cuán respetable es un sistema de servicios de salud para con sus usuarios.

Conceptualmente, los indicadores de respetabilidad parecen ser razonables. El problema surge cuando vemos que las personas que definieron los valores de estos indicadores y los pesos dados a cada uno (derivado de los cuestionarios) son las que la OMS llama “los



informantes claves”, sin especificar quiénes son. Lo más probable es que estos informantes desconocidos sean expertos en atención de salud de varios países. Y, desde luego, es probable que la encuesta hecha a estos informantes se refiera a la “sabiduría convencional” entre expertos que definen el grado de respetabilidad de los sistemas de atención de salud a los usuarios. El Informe no explica quiénes son estos informantes, ni explica el criterio para su selección. Sin embargo, es probable que su escogencia esté altamente inclinada hacia los que son llamados figuras del establecimiento de servicios de salud. En realidad, la selección de referencias bibliográficas del Informe está bastante inclinada y parcializada en contra de las posiciones, problemas y autores críticos. Uno puede encontrar referencias consistentes con autores conservadores y neoliberales (tales como Alain Enthoven de la Universidad de Stanford en Estados Unidos) y con revistas médicas notables, pero nunca hace referencia a autores críticos o a revistas científicas que cuestionan el conocimiento establecido.

Por ello, la encuesta de respetabilidad revela, sin sorpresas, que los países con sistemas de atención de salud más respetuosos son aquellos cuyas políticas de salud articulan mejor lo que ha llegado a ser el nuevo conocimiento convencional. En esta forma de pensar, los servicios de salud que combinan financiamiento público con provisión pública de cuidados de salud (que ha caracterizado los servicios nacionales de salud) son desechados. Ellos son constantemente tomados como ejemplo de “fuerte intervención estatal ... el tipo de intervención desacreditada en todas partes”, “altamente impersonal e inhumana (como en la Unión Soviética anterior a los noventa)”, y “monolíticos”. La naturaleza abusiva de la descalificación de estos tipos de servicios de salud es muy clara cuando se usa el colapso de la Unión So-

viética como un ejemplo de las deficiencias de los servicios nacionales de salud. Lo que está ahora de moda, en el pensamiento convencional corriente, es un sistema de seguros con una mezcla público-privado que permite la competencia entre planes de salud administrados, que da a los pacientes – denominados ahora clientes– mayor capacidad de escogencia de los prestadores de servicios y les permite más flexibilidad. El Informe de la OMS presenta las reformas de la Thatcher en el Servicio Nacional de Salud británico como dignas de ser extrapoladas a otros sistemas. Tampoco debe sorprendernos que esos informantes y expertos claves seleccionaran a los Estados Unidos como el país que tiene el sistema más respetuoso de los usuarios, y a Colombia, un país latinoamericano cuyo Sistema Nacional de Salud ha sido reemplazado por un modelo de seguro basado en la competencia y en los servicios administrados, como el país que tiene el sistema más respetuoso en América Latina.

Esta posición profundamente ideológica del Informe también se expresa en el análisis de lo que la OMS considera la “falla” del enfoque de Alma Ata. La Declaración de Alma Ata fue un famoso documento de la OMS, escrito en 1978, que hizo énfasis en la importancia de los servicios de atención primaria, combinando las intervenciones médicas con las sociales al nivel de los cuidados primarios. El nuevo Informe de la OMS asume que la implementación de Alma Ata falló porque, al diseñar los modelos de atención primaria, se puso mucha atención a las necesidades de salud de la población e insuficiente atención a la demanda de los servicios; y se olvidó de la importancia del sector privado y del mercado. De acuerdo con éste, los países deben, como lo están haciendo muchos otros, dar más importancia a “lograr que el dinero siga al paciente, alejándose de simplemente entre-



gar presupuesto a los prestadores de servicios, lo que a su vez a menudo está determinado por supuestas necesidades” en las reformas que se proponen. Indica también que hay una conexión (en ninguna parte documentada) entre la expansión de la prestación de servicios privados y la respetabilidad del sistema de atención de salud. Este cambio de la planeación de acuerdo con la necesidad a la planeación basada en la demanda en el mercado, es un cambio radical en la política de la OMS, un cambio que considero antagónico con los principios básicos de la salud pública. No sorprende que, al lado de la escogencia de los Estados Unidos como el sistema más respetuoso, el Informe de la OMS considere que el reto más grande que enfrentan los sistemas de salud regulados por el gobierno es el de responder a la necesidad de regular el sector privado, una función, dicen los autores, para la cual la mayoría de los países no están preparados. El modelo que ellos defienden es el presentado por Enthoven (un autor citado en forma aprobatoria en el Informe), que inspiró las reformas de la Thatcher en el Servicio Nacional de Salud británico.

En consecuencia, dado su carácter político y propagandístico, en ninguna parte encontramos citada, mencionada o argumentada la enorme cantidad de evidencias científicas que cuestionan cada una de las suposiciones del Informe y que retan la superioridad de los sistemas de salud basados en seguros. (Hay una extensa literatura crítica de los servicios administrados basados en los seguros, mayormente publicada en *International Journal of Health Services* en los años 90). Hacer de los Estados Unidos el país posicionado en la cima en respetabilidad de la atención a los usuarios no solo ignora la gran cantidad de evidencias científicas que justamente muestran cuán irrespetuoso es el actual servicio de salud, sino que también deja de lado cualquier observación sobre el contexto polí-

tico de la política de salud en los Estados Unidos. El Partido Demócrata está tratando de identificar al Partido Republicano con el irrespeto a los usuarios por parte de los servicios administrados y la competencia regulada, como una forma de ganar alguna ventaja política en las venideras elecciones a la Presidencia y al Congreso, conociendo cuán impopulares son estos servicios para la mayoría de los ciudadanos. Infortunadamente, sin embargo, la OMS está haciendo lo que su brazo americano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha estado haciendo por años: funcionando como una campana de transmisión para la América Latina de la sabiduría convencional de los círculos políticos y financieros en los Estados Unidos. En años recientes, hemos sido testigos de cómo la OPS, y ahora la OMS, con la asistencia del Banco Mundial y las fundaciones privadas, están presentando los servicios administrados basados en seguros como parte de la solución a los problemas emergentes de los servicios de salud en América Latina (PAHO, 1988). Se ha visto que los esquemas de seguro administrados en forma privada, juegan un papel positivo para complementar y competir con los sistemas de servicios de salud del gobierno. En un discurso reciente para líderes académicos y de corporaciones de los Estados Unidos, el Director General de la OPS se refirió a la experiencia exitosa de varios esquemas de seguros privados en América Latina, tomando como ejemplo a las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), el mayor esquema de seguro privado de Chile: “El ejemplo de las Isapres de Chile muestra el éxito posible de los esquemas de seguros sociales y de salud administrados en forma privada [en América Latina]” (Alleyne, 1999).

El aspecto sobre el que es necesario preguntarse es, ¿para quiénes son exitosas las Isapres? Este esquema de seguro privado que, introducido durante la dictadura del general Pinochet, desmanteló el servicio na-



cional de salud chileno, debe su éxito comercial a la selección de los pacientes, abasteciendo a los sectores de ingresos elevados de la población mientras deja a los enfermos crónicos y a los pacientes de bajos ingresos en el sector público, reproduciendo una bien documentada polarización social en el sector de la salud como lo caracteriza la asignación de recursos de acuerdo con el tipo de cobertura de seguro y la capacidad de pago, en vez de hacerlo de acuerdo con la necesidad (Núñez, en prensa). Este es el resultado inevitable de tener seguro, competencia y empresa privada (las palabras claves del discurso dominante) en el sector salud. La expresión extrema de este modelo es el sistema de servicios de salud de los Estados Unidos, que el Informe de la OMS presenta como ejemplar por su respeto por los usuarios. Sin embargo, la población de los Estados Unidos no está de acuerdo. Según el informe de una encuesta de la Asociación Americana de Hospitales: “en los Estados Unidos la mayoría de la gente no ve [en los servicios de salud que recibe] un sistema planificado ni una organización orientada al consumo sino otra orientada a maximizar beneficios mediante los obstáculos al acceso, la reducción de la calidad y la limitación del gasto... Responsabilizan a la mayoría de ellos de la persecución de beneficios mediante las compañías de seguros de salud... Los americanos creen que sus compañías de seguros de salud influyen demasiado y ejercen muchísimo control sobre su salud” (AHA, 1997).

Debido a la enorme influencia del gobierno de los Estados Unidos en muchas agencias internacionales, observamos la promoción de los valores y prácticas dominantes en los Estados Unidos, incluyendo los servicios y la competencia regulada. En esto es importante anotar algo que ha escapado a la atención de muchos observadores: el escudo protector de la OMS contra

la amplia crítica mundial de sus posiciones políticas. La OMS ha sido rodeada de un aura de humanismo y de compromiso social que la ha protegido de un escrutinio estrecho. Pero de la misma manera que la Organización Internacional del Comercio (OIC), el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) han sido objeto de una crítica creciente, también debe serlo la OMS. Esta es una institución política fuertemente involucrada en propaganda bajo la cobertura de neutralidad política, ignorando las voces críticas que denuncian su comportamiento. Debabar Banerji señaló recientemente el daño que las políticas de la OMS están causando en los países en desarrollo (Banerji, 1999). Necesitamos ser mucho más críticos de las tendencias que en el seno de la OMS tienen una afinidad creciente con los grandes grupos de interés y responden a una cultura de la empresa, la competencia y los valores del mercado que son conflictivos con las necesidades de nuestras poblaciones, como lo muestra claramente la experiencia del sistema de salud de los Estados Unidos.

Cómo definir la progresividad del gasto

Finalmente, es necesario destacar algunas inquietudes acerca del tercer tipo de indicador usado en relación con el grado de “progresividad” del gasto en los servicios de salud. Los autores del Informe analizaron la proporción de recursos financieros gastados por los hogares en servicios de salud en varios deciles de ingreso de la población de cada país, asumiendo que la misma proporción gastada en servicios de salud por diferentes grupos de ingreso (como porcentaje de la capacidad de pago) tiene el significado de ordenamiento justo del gasto. Como lo indica la OMS, “la forma como es financiado un servicio de salud es perfectamente



justa si la relación entre la contribución total en salud y el gasto total después del gasto en alimentos es idéntica para todos los hogares, independientemente de su ingreso, de su estado de salud o de su uso del sistema de salud". Imparcialidad es un concepto altamente subjetivo. Pero si por imparcialidad en el financiamiento de un servicio de salud indicamos que cada persona debe recibir servicios de atención médica de acuerdo con sus necesidades mientras contribuye de acuerdo con su capacidad y gobierno de los recursos, entonces, el criterio de imparcialidad debe corresponder con el grado en el cual el financiamiento de un servicio de salud es redistributivo. De acuerdo con este criterio, para ser auténticamente progresivo, el sistema de financiamiento debe ser óptimamente redistributivo, es decir, la proporción de la contribución de los hogares en el financiamiento de los servicios de salud (como porcentaje de la capacidad de pago) debe ser más grande (no la misma) en la medida en que aumentan los ingresos de los hogares. Pero en sí mismo este indicador también sería insuficiente para decirnos algo acerca de la imparcialidad o de la progresividad, porque la imparcialidad depende del destino del gasto en salud de los hogares, aspecto este que no es tenido en cuenta por el Informe de la OMS. Una familia rica puede gastar mucho más en servicios de salud que una familia de bajos ingresos sin que este gasto tenga ninguna influencia en la progresividad, si aquellos gastos más altos se orientan hacia consumos más elevados o más lujosos sin ningún efecto redistributivo. En ese sentido, la progresividad del gasto no puede ser analizada independientemente de los canales a través de los cuales se mueve el gasto. Un financiamiento progresivo tendrá un efecto redistributivo solamente cuando los pagos están conectados al mismo sistema en el cual los fondos se transfieren de un grupo a otro.

Conclusiones

La mayoría de los expertos en servicios de salud estarían de acuerdo en que la evaluación de los sistemas de salud no es una ciencia exacta. Como en muchas dimensiones de los proyectos científicos, la barrera entre la ciencia y la ideología no es impermeable; por el contrario, es altamente porosa. El Informe de la OMS de junio del 2000 es un buen ejemplo. Entonces, el problema en discusión es el de cuáles valores sostienen la ideología reproducida en el Informe de la OMS y si esos valores son una ayuda o un estorbo en el camino hacia un mundo más saludable.

Los principales valores reproducidos son aquellos que sostienen la sabiduría convencional dominante en las más notables arenas médica, financiera y política en los Estados Unidos y en los principales países desarrollados, que se apoyan en dos suposiciones principales. La primera es la creencia que los problemas de salud más prominentes que enfrentan ahora nuestras sociedades se pueden resolver con intervenciones médicas científico-tecnológicas, sin referencia a cambios en los ambientes social, político y económico en los cuales estos problemas se producen. La segunda suposición es que las supuestas "fallas" de los sistemas de atención médica se deben al descanso excesivo en intervenciones públicas sin dar cabida al desarrollo del (asumido) gran potencial de los sectores privados. De esta forma, hay un llamado creciente por el asocio entre los intereses públicos y privados en el cual estos últimos tienen un poder creciente en formar las decisiones públicas. En la nueva sabiduría, la demanda del cliente reemplaza las necesidades del paciente, el riesgo es valorado más que la seguridad, la participación del mercado domina sobre la planeación gubernamental y la iniciativa empresarial domina sobre el carácter público de los servicios.



Esta sabiduría convencional se ha convertido casi en un dogma que, como todos los dogmas, se basa más en la fe que en la evi-

dencia. Es equivocado que en el Informe de la OMS se reproduzca este pensamiento sin ninguna posición crítica.

Bibliografía

- Alleyne A.O. 1999. "Health sector reform, financing and the poor". Presentation to the Global Council's 26th Annual Conference ¿Who Pays? Health Care Reform and Financing in Developing Countries. Arlington, June 20.
- American Hospital Association, 1997. Reality check-public perceptions of health and hospitals: a report from Dick Davidson to American Hospital Association Member CEO's. Chicago, AHA.
- Banerji D. 1999. "A fundamental shift in the approach to international by WHO, UNICEF and World Bank", *International Journal of Health Service*, vol. 29, pp. 227-59. [PubMed].
- Berkman, R., Kawachi, I. (Eds) 2000. *Social Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press.
- Blendon R.; Donelan K.; Jorell J.; Pellise L. y Lombardia E.C. 1991. "Sapin's Citizens Asses their Health Care System", *Health Affairs*, vol. 10, pp. 216-28. [PubMed].
- Navarro V. (Ed.) 2000. *The Political Economy of Social Inequalities*. Amittyville: Baymond.
- Navarro V. y Shi L. 2000. "The Political Context of Social Inequalities and Health", *Social Science Medicine*, vol. 52, pp. 1-11. [PubMed].
- Núñez M. (In press). *Inequality in the utilization of health services in Chile: analysis of the effects of individual income and health insurance coverage on timely receipt of health care services*. Baltimore, Johns Hopkins University.
- Pan American Health Organization, 1988. "Health services financing and private sector participation: Developing a model incorporating American and Caribbean experiences". *Technical Report Series* No. 65, Washington DC, Public Policy and Health Programme (PAHO).
- Wilkinson R. 1996. *Unhealthy Societies*. London, Routledge.
- World Health Organization -WHO 2000. *Health Systems: Improving Performance*. Geneva.

