

# El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto

J. M. Fernández-Díaz<sup>1</sup>

Correspondencia: Dr. J.M. Fernández-Díaz. Foronda, 32. Foronda. 01196 Álava.  
Correo electrónico: [jmfer@jet.es](mailto:jmfer@jet.es)

Recibido: 28 de mayo de 2001.  
Aceptado: 5 de junio de 2001.

(The World Health Organization Report 2000: a politically incorrect computer game)

## Resumen

El Informe de la Organización Mundial de la Salud 2000 trata de fundamentar el desarrollo de los sistemas de salud en el mundo en la evidencia disponible sobre políticas sanitarias. El informe ha suscitado un importante debate político y académico. Este artículo revisa las aportaciones del informe a la política de salud, y además analiza y comenta las principales críticas publicadas. A través de una recapitulación de la reformas acontecidas en los últimos 15 años en el panorama internacional, la OMS realiza un cambio sustancial en los planteamientos clásicos que ha mantenido, decantándose por los sistemas de salud con financiación universal y conducción gubernamental, donde exista una mayor compartición de riesgo financiero, colaboración público-privada y desregulación de la gestión pública. La OMS realiza al mismo tiempo una baremación de los 191 sistemas de salud de acuerdo con su logro y rendimiento, con una metodología artificial, opaca y débil en el aspecto técnico que ha sido desacreditada internacionalmente. A pesar de las críticas, la OMS ha empeñado su prestigio en continuar esta iniciativa sin cambios sustanciales en sus métodos y orientación, haciendo caso omiso a las críticas recibidas.

**Palabras clave:** Política sanitaria. Servicios sanitarios. Salud mundial. Reforma de la atención sanitaria. Economía de la salud y organizaciones sanitarias. Agencias internacionales. Investigación de servicios de salud.

## Summary

The World Health Organization Report 2000 is aimed at supporting an evidence-based development of health care systems in the world. The report has brought about a significant political and academic debate. This article reviews the contribution of the WHO Report to current health care policy, as well as analyzes and comments the main published critiques. Through a commented compilation of the health care reforms implemented over the last fifteen years in the world, WHO shifts radically its traditional position supporting now universal access to health care and a strong government's conduction role, but within a financial risk sharing environment, public and private co-operation and deregulation of the public management of health care institutions. WHO ranks in this report the 191 countries according to their health care systems' goal attainment and performance using a very weak, obscure and artificial methodology which has been opposed internationally. WHO is, however, committed to continue this initiative without apparently any major changes in the general and methodological approach.

**Key words:** Health policy. Health services. World health. Health care reform. Health care Economics and organizations. International agencies. Health services research.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el verano del pasado año 2000 su informe anual seguramente más polémico<sup>1</sup>. El informe pretendía establecer un hito en la historia de los informes OMS, tratando de dilucidar y ofrecer a la comunidad internacional la evidencia disponible a fin de orientar las políticas de desarrollo y reforma de los sistemas de salud. Ésta es una de las estrategias corporativas esenciales de la nueva OMS de la Dra. Bruntland: «La evidencia es el fundamento de todo nuestro trabajo a favor de la salud de la población»; «Nuestras

recomendaciones se han de basar en evidencia y no en ideología»<sup>1</sup>. Lo que ha logrado la OMS en realidad ha sido una crítica desfavorable prácticamente unánime tanto desde posiciones académicas como políticas. Las críticas se han centrado no tanto en el propio cuerpo del informe como en el anexo estadístico en el que trata de comparar el logro y el rendimiento de los sistemas de salud de los 191 países que componen la OMS.

La crítica al cuerpo del informe se ha hecho, en general, desde posicionamientos más bien ideológicos ya

que, a juicio de estos autores, la OMS estaría respaldando la introducción de mercados y competencia en los sistemas de salud sin ninguna evidencia de que estos sistemas operen mejor, alineándose de esta manera con los planteamientos neoliberales de otras agencias financieras internacionales (Banco Mundial) y de los gobiernos que suponen la principal fuente de financiación del sistema de Naciones Unidas (EE.UU.)<sup>2</sup>.

La segunda crítica, la más contundente y argumentada técnica y políticamente, ha sido al *ranking* de países que se incluye. Por una parte, la comunidad científica se ha mostrado prácticamente unánime en la descalificación de la metodología utilizada por causas que más adelante señalaremos. Por otra parte, varios gobiernos han descalificado el informe acusando a la OMS de falta de transparencia y de diálogo con los países antes de publicar una clasificación tan comprometedora. Ante las numerosas críticas recibidas, la directora general ha tenido que justificar el informe como un primer paso en la búsqueda de métodos de medida del rendimiento de los sistemas de salud más aceptados, comprometiéndose a una mayor transparencia y debate científico y metodológico para los próximos informes. Con este fin, se ha constituido un grupo asesor con participación de personas del Consejo Ejecutivo con el fin de supervisar el proceso, se han convocado distintos grupos de trabajo para depurar la metodología y se han contratado distintas encuestas a escala mundial para suplir la falta de datos<sup>3,4</sup>.

### ¿Empirismo o evidencia en la reforma de los sistemas de salud? El modelo de la OMS para el análisis de los sistemas de salud

El informe OMS aporta novedades interesantes. La más importante es la recolección y el análisis que el informe realiza de las experiencias e innovaciones que distintos países han impulsado en los últimos 15 años en políticas de sistemas de salud. No es arriesgado afirmar que la OMS no había realizado aportaciones importantes al mundo de los sistemas de salud desde la Conferencia de Alma Ata y su política de atención primaria.

El Informe OMS 2000 presenta un interesante modelo para el análisis de los sistemas de salud basado en tres objetivos finales y cuatro funciones esenciales de cualquier sistema de salud (fig. 1). A partir del desarrollo de este modelo, el informe describe y analiza los principales cambios que se han producido en estos últimos años en los sistemas de salud, lo que sirve para establecer ciertas conclusiones y recomendaciones, no demasiado explícitas, basadas en esta experiencia acumulada internacional.

Según el informe OMS 2000, los tres objetivos finales de todo sistema de salud son: mejorar la salud

de la población, responder a las expectativas de la población y proteger financieramente contra el coste de la enfermedad.

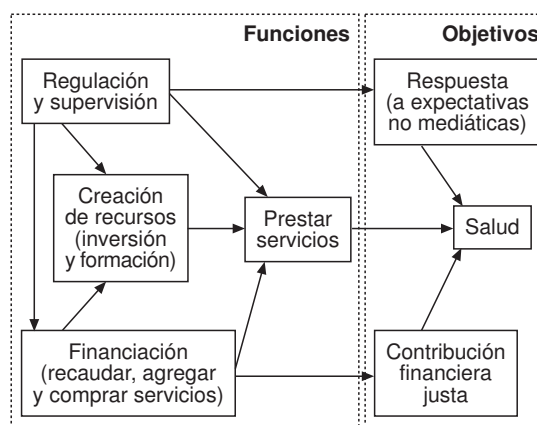
Los dos primeros objetivos finales se descomponen, a su vez, en dos dimensiones: el propio logro del objetivo (nivel de salud y de respuesta a las expectativas ciudadanas) y la distribución equitativa de cada uno de esos logros en la población. El tercer objetivo (protección financiera) sólo se corresponde con la justa distribución de la contribución de los ciudadanos al sostenimiento de su salud, ya que, se supone, no existe un nivel «idóneo» o «adecuado» de contribución financiera, o gasto sanitario. Estos cinco objetivos son los utilizados, a su vez, por el informe como variables para realizar la medida y la clasificación de países en cuanto al rendimiento de sus sistemas de salud, que será discutido más adelante en este artículo.

La respuesta a las expectativas ciudadanas es descompuesta, a su vez, en dos clases de expectativas, las que tienen que ver con el respeto a las personas (respeto a la dignidad de las personas, confidencialidad y autonomía para participar en decisiones en relación a la propia salud), y aquellas relacionadas con la persona como cliente del sistema de salud (rápida atención, condiciones de bienestar, acceso a redes de apoyo social y capacidad de elección de prestador de la atención).

### Un sistema de salud «excelente»

¿Se pueden definir códigos de buena práctica para la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud basados en la experiencia común? El informe realiza una excelente recapitulación de tendencias y ex-

Figura 1. Relaciones entre objetivos y funciones de un sistema de salud.



perencias que, si no avaladas por evidencia científica, imposible de obtener en este terreno, sí son sustentadas por su aceptación e incorporación en la mayor parte de los sistemas de salud de distintas características. Si bien es verdad que no se puede elevar este acerbo común a la categoría de evidencia en el campo de los sistemas de salud, el informe es riguroso, ecuánime y defiende valores esenciales en el desarrollo de la salud, a la vez que pone a la OMS al día en sus planteamientos respecto a la organización de sistemas de salud con lo que hoy es práctica política común. A continuación se repasan brevemente algunos de estos valores y condiciones de buena práctica que el informe OMS contiene.

#### *La prestación de servicios*

El primer tema que plantea el informe es en relación con la oferta de prestaciones que deben realizar los sistemas de salud. El Informe asume la posición de que es preferible un racionamiento explícito, basado en criterios de coste-efectividad de los servicios, que el racionamiento implícito, basado en listas de espera, reducción de la oferta, recortes presupuestarios arbitrarios o simplemente barreras inespecíficas a la atención de salud necesaria (tasas en los servicios, etc.). Se plantea, muy adecuadamente, el problema que resulta cuando el coste-efectividad de las intervenciones (eficiencia) puede entrar en contradicción con el objetivo de equidad (p. ej. el coste de actuar sobre determinados grupos de población puede tener un coste altísimo, lo que puede implicar una reducción significativa de su coste-efectividad relativa). Por ello, el informe ofrece un modelo para tomar decisiones en la elección de prioridades en salud que tiene en cuenta la naturaleza del servicio a ofrecer, su coste, las características de sus beneficiarios predominantes, la idoneidad de establecer un sistema de aseguramiento y su coste-efectividad. Aunque se reconoce que en el establecimiento de prioridades otros razonamientos han de tenerse en cuenta (técnicos, políticos, sociales y éticos), éstos no son discutidos, cuando es bien conocido que usualmente son éstos, y no los criterios de índole económica, los que determinan la elección social de prioridades en salud.

Una vez elegidas las prestaciones a ofrecer, los sistemas de salud han de organizarse para prestar dichos servicios convenientemente. La OMS se decanta por favorecer las estructuras no burocráticas que permitan autonomía a las unidades asistenciales, contratos de servicios de largo plazo que permitan una colaboración pública-privada para garantizar la atención a la población. Igualmente, resultaría necesario reconfigurar la estructura de incentivos de los sistemas de salud buscando una mayor exposición de las instituciones prestadoras

al mercado, un mayor riesgo y responsabilidad financiera y un mayor control por resultados de estas instituciones. Por último, se presenta la necesidad de organizar redes de servicios mediante alianzas y mecanismos de coordinación que favorezcan una atención sin barreras a la población. Es cierto que esta modernización de los sistemas de salud que la OMS defiende tiene más que ver con un cambio de valores sociales, del papel del Estado y de la necesidad de contener el crecimiento del gasto sanitario que de ninguna conclusión extraída de estudios de evidencia en políticas de servicios de salud.

#### *La creación de recursos para la salud*

La OMS pone el acento sobre la necesidad de intervención de los gobiernos para actuar «fuertemente» en el mercado de recursos para la salud (formación y entrenamiento de recursos profesionales, investigación, producción e investigación de medicamentos y tecnologías) para garantizar la competencia y la contribución de las instituciones creadoras de estos recursos en favor de las políticas nacionales de salud. También reconoce la necesidad creciente de contar con la iniciativa privada para desarrollar una buena parte de estos recursos (incluso en la creación de infraestructuras asistenciales), tal como está ocurriendo en numerosos países con distinto nivel de desarrollo y distinto nivel de financiación pública. El informe alerta certeramente sobre varios de los problemas que en la creación de recursos para la salud acontecen en muchos países, sobre todo en desarrollo. Éstos son el desequilibrio que se produce al invertir en nuevas infraestructuras y equipamientos que luego no van a poder ser financiados, la pésima contribución que muchas ayudas internacionales al desarrollo producen precisamente por ese motivo; el equilibrio que debe existir entre los distintos tipos de recursos para evitar el caso frecuente en muchos países de hospitales sin médicos y centros de salud sin medicamentos, así como la flexibilidad necesaria al planificar la creación de recursos para tener en cuenta los fuertes procesos de sustitución de cuidados que se están produciendo en los sistemas de salud. El informe critica por igual la rigidez de los modelos verticales de planificación de recursos, como los fenómenos de descentralización, si éstos no van acompañados de estrategias e incentivos de creación de recursos coherentes y supervisados.

#### *La financiación de la salud*

En relación con la financiación de los sistemas de salud es donde seguramente la OMS expresa con más contundencia su posicionamiento y recomendaciones.

Se recomienda claramente la financiación de carácter universal y única, separando lo más posible la contribución financiera, basada en rentas, de la utilización de servicios, basada en necesidad. Los sistemas de aseguramiento de tipo comunitario se contemplan sólo como una solución temporal y parcial para países sin capacidad de recaudación de recursos inmediata, encaminada a construir sistemas de seguridad social de carácter universal. La posición de la OMS es clara al desaconsejar el uso de copagos (de uso generalizado en los países menos desarrollados) como instrumento de racionalización de los servicios de salud, ya que éstos sólo contribuyen al racionamiento inequitativo del acceso a la salud.

La posible competencia entre aseguradores sólo debería darse cuando se asegure la suficiente capacidad financiera de cada asegurador, la existencia de subsidios cruzados progresivos, la equalización de riesgos y la regulación de este mercado. El informe, no obstante, se manifiesta más favorable a los sistemas de aseguramiento únicos, y alerta sobre las consecuencias de la competencia entre aseguradoras que se han producido en países del este de Europa y Latinoamérica, que han llevado a graves problemas de inequidad, desfinanciación de los servicios públicos y limitación del acceso a servicios de los ciudadanos. No habría, sin embargo, ningún impedimento para establecer un sistema de competencia entre prestadores de atención de salud (hospitales y, aún mejor, redes de servicios), si se producen en entornos respetuosos con los criterios de financiación e incentivos antes discutidos. Por último, en relación a la compra de servicios y el sistema de incentivos, se propone como más recomendables los esquemas basados en contratos que distribuyen el riesgo entre el comprador y el prestador (del tipo de pago por procesos o capitación basada en un programa de servicios predefinido y controlado en sus resultados).

#### *La protección del interés público*

Un nuevo concepto, *Stewardship*, acuñado por R. Saltman en los documentos previos a la elaboración del informe OMS 2000, recoge las funciones que genuinamente corresponde a los gobiernos realizar para proteger el derecho de los ciudadanos a la salud. Esta función es más que la mera regulación del sistema, e incluye como tareas esenciales la creación de visión, liderazgo e inteligencia para la mejor operación del sistema por todos sus agentes, la regulación, supervisión e influencia sobre el sistema y sus agentes en favor de los resultados deseados. Se nutre de las teorías que proponen la revisión del papel del Estado y que pueden resumirse en que el gobierno ha de «remar menos y conducir más»<sup>5</sup>. El informe recomienda que, considerando la facilidad con que cristalizan los inte-

reses particulares dentro de los sistemas de salud, es fundamental establecer previamente las reglas de juego de cualquier proceso de reforma, para evitar la experiencia de muchos países incapaces de corregir *a posteriori* las consecuencias no deseadas de los procesos de desregulación.

En definitiva, la OMS sustenta una modernización de las estrategias en el desarrollo de los sistemas de salud en línea con el «saber y práctica común» de la mayoría de los países más innovadores, manteniendo los valores que siempre han sido tradicionales a la organización y compartidos por la mayor parte de los países miembros. Difícilmente puede sostenerse que la OMS esté defendiendo en su informe modelos de salud de libre mercado, favoreciendo sistemas de competencia desregulada en salud, como algunos autores afirman<sup>2</sup>. Pero resultaría también exagerado pensar, como a veces parece que la OMS pretende, que un sistema de salud debe construirse a partir de políticas basadas en evidencia. Esto no es posible. En primer lugar, porque son los valores compartidos socialmente y la articulación de los distintos intereses de sus agentes los que configuran la forma actual e idónea de cualquier sistema social. En segundo lugar, porque nunca será posible establecer una evidencia incontrovertible en la evaluación de los sistemas de salud y sus reformas.

---

#### **Medir el rendimiento de los sistemas sanitarios en el mundo: una fantasía de laboratorio**

La medida del logro (nivel de cumplimiento de los objetivos) y del rendimiento de una organización (logro medido en relación a recursos empleados) es, sin duda, un ejercicio necesario y estimulante. En el caso de las organizaciones sanitarias, puede justificarse desde sus distintas finalidades. En el caso de organizaciones que compiten por los clientes, la disponibilidad de medidas objetivas e independientes resulta necesaria para que los clientes puedan tomar sus decisiones de selección de prestador o plan de salud de manera más informada. De ahí los empeños de calificar de una manera homogénea a hospitales, planes de aseguramiento, etc., en lo que se denominan *league tables*. Cuando no es éste el caso (competencia de mercado), la medida y la publicación de los resultados permite generar esquemas de competencia por resultados (*yardstick competition*, o competencia de no mercado) tendentes a estimular, mediante incentivos de una u otra naturaleza, el buen logro de las organizaciones «competidoras». Es ésta la línea, por ejemplo, que el actual NHS británico está promoviendo, mediante la publicación de una serie de indicadores que miden los resultados de sus instituciones sanitarias. Por otra parte, la identificación de las organizaciones con buenos resultados debería

favorecer su emulación por las restantes (*benchmarking* de resultados y de procesos), para que todos aprendan de los mejores. Además, la publicación de resultados de las organizaciones públicas debería ser un hecho obligado con el fin de favorecer la toma de cuentas por parte de la ciudadanía respecto del trabajo de los políticos y gestores públicos.

Descartados los dos primeros fines para el informe OMS (ni los ciudadanos de un país pueden elegir atenderse en otro, ni la OMS va a repartir incentivos a los mejor clasificados), sólo queda pensar en que una clasificación de ese tipo podría servir para favorecer la identificación de los sistemas excelentes de los que los demás han de aprender (política sanitaria basada en evidencia) o que la clasificación sirva para que los gobiernos rindan cuentas de sus sistemas de salud. Para el primer objetivo es obvio que debe contarse con la aceptación previa de quienes van a ser evaluados. Para el segundo, no parece que la OMS estuviera especialmente legitimada, dado que se trata de un asunto de estricta competencia nacional.

El problema bien conocido de los sistemas de competencia por resultados es que se exige contar con un juego de medidas, un árbitro y unas reglas de juego aceptadas por todos los competidores de antemano. Evidentemente, éste no ha sido el caso, pues la metodología de medición utilizada por la OMS no era conocida, ni menos aún acordada entre los participantes. Por otra parte, es dudoso que una institución que ha de utilizar el consenso y la diplomacia para ejercer el papel institucional internacional que le corresponde deba inmiscuirse en una función que parece más adecuada para instituciones académicas o evaluadoras<sup>6</sup>. De hecho, la OMS ha suscitado con este informe numerosas suspicacias y agravios entre importantes países miembros que van a afectar a su credibilidad y capacidad de liderazgo futuros.

Por utilizar un símil epidemiológico, para que un test diagnóstico sea útil, primero se ha de contar con una prueba sensible y confiable; en segundo lugar, se ha de saber qué se puede hacer después y, en tercer lugar, ha de ser aceptable para los sujetos que se van a someter a la prueba. Curiosamente, los economistas de la OMS no han sabido aprender de sus compañeros epidemiólogos en este caso. Ni existen los instrumentos de medida suficientemente válidos para medir los sistemas de salud a escala internacional, como veremos ha continuación, ni se sabe cómo interpretar los resultados y qué recomendaciones plantear; tampoco estas recomendaciones podrían tener una validez generalizable, ni los países habrían aceptado ser medidos.

Varios autores que han hecho críticas importantes al informe son de la opinión de que los sistemas de medida han de mejorar antes de establecer el *ranking* de países. En realidad, un sistema de salud es un siste-

ma social complejo, basado en valores sociales, culturales, económicos e históricos, y tejido por difíciles y dinámicos equilibrios de intereses entre distintas partes y actores. Por eso es difícil pensar que esta complejidad pueda llegar a ser medida en un solo índice de rendimiento, desentendido del contexto en que se desenvuelve. Resulta aún más extraño que se pretenda medir con el mismo rasero países con situaciones tan extraordinariamente diferentes entre sí. ¿Tienen algo que ver entre sí los sistemas de salud de los Estados Unidos y de Ghana? ¿Cabe imaginar que ambas poblaciones compartan siquiera algún valor o expectativa próximos en relación a la salud y los servicios asistenciales? La OMS cree que sí, y con ello se ha enfrentado a prácticamente toda la comunidad científica.

---

### Una medida del rendimiento de los sistemas de salud muy criticada

Para medir el desempeño de los países, la OMS se ha basado en la medida de los objetivos definidos en su modelo marco (fig. 1). Para el objetivo de nivel de salud de la población se utiliza el parámetro DALE (esperanza de vida ajustada por discapacidad), mientras que para el de equidad en el nivel de salud se utilizó el indicador de distribución en la población de la tasa de mortalidad de 0-4 años. Para medir la respuesta a las expectativas ciudadanas se utilizó un sistema de encuesta a informadores clave tanto para valorar el grado de respuesta del sistema en cada una de las dimensiones en que se descompuso esta variable como para ponderar el peso relativo de cada una de ellas. Para medir la distribución de la contribución financiera a la salud se adoptó como criterio que un sistema totalmente justo es aquel en que las familias de cualquier clase socioeconómica tienen el mismo gasto en salud en proporción al gasto familiar no alimenticio.

Además de medir estas cinco variables, el informe construye dos índices compuestos. El primero busca medir el logro global de cada sistema sumando los resultados de cada variable de acuerdo a un peso relativo de importancia o valor social de cada objetivo obtenido mediante encuesta. Para medir el desempeño o rendimiento divide el logro medido por el índice anterior entre el gasto sanitario del país, ajustado por la media de años de escolarización en los adultos de cada país, como medida *proxy* de los recursos empleados por el país en sectores no sanitarios pero con repercusión sobre la salud. También se obtiene un segundo índice de rendimiento utilizando como numerador exclusivamente el nivel de salud en la población, sin incorporación de las otras cuatro dimensiones de logro, y el mismo denominador.

Las críticas al *ranking* han levantado un alto grado de debate metodológico<sup>7</sup> y político<sup>4,8</sup> en la comunidad sanitaria. Los argumentos aducidos por estas críticas son sustanciales, provienen de algunos de los autores y economistas de la salud de más prestigio internacional y tienen un alto interés para cualquier analista de sistemas de salud. A continuación se presenta una revisión de este debate.

La validez de las medidas utilizadas para valorar el resultado de los sistemas de salud ha sido muy criticada, empezando por el uso de la DALE y la carga de enfermedad como medida del estado de salud de la población<sup>9-15</sup>. Por un lado, la medida de DALE resulta muy sensible a la capacidad diagnóstica de un país y a la fiabilidad de su sistema de información epidemiológica. Por otro, la gravedad de una enfermedad depende en gran medida de la capacidad de tratamiento disponible en el país, algo que la OMS no tiene en cuenta al utilizar pesos de gravedad por enfermedad iguales para todos los países. La DALE es igualmente criticada porque sólo tiende a medir el valor de tratar las enfermedades, pero no es sensible a la percepción de salud por parte de la población. En Finlandia, por ejemplo, se ha demostrado un crecimiento de la DALE simultáneo con la mejora de la salud percibida<sup>12</sup>. Ello se agrava cuando los índices de gravedad se construyen, como ha hecho la OMS, mediante valoraciones hechas por un reducido grupo de profesionales sanitarios. Además, la cantidad de información que se requiere para calcular DALE (mortalidad, incidencia y prevalencia específicas por edad de más de cien enfermedades índice), no disponible ni siquiera en los países más desarrollados, ha obligado a realizar complicadas estimaciones estadísticas de difícil comprensión y sobre fuentes de datos muy diversas. El indicador utilizado para evaluar la equidad en el nivel de salud de la población, medida por la distribución poblacional de la mortalidad en niños de 0-4 años, estaba disponible sólo en 60 países y con una calidad de la información muy variable.

En relación con las cuestiones utilizadas para valorar la respuesta del sistema a las expectativas ciudadanas, resultan extraordinariamente parciales y muy sesgadas hacia determinados modelos de salud de tipo occidental. En realidad cabe preguntarse si existiría una solución universal capaz de medir este objetivo de calidad de los servicios de salud. La valoración de este componente se realizó sobre cuestionarios a 1.791 informadores clave procedentes de 35 países de distintas regiones, realizándose posteriormente estimaciones por métodos de regresión múltiple para el resto de países. Se han criticado muchos aspectos de esta medición, desde la validez de un *ranking* basado mayoritariamente en estimaciones, el hecho de que los informadores clave fuesen en su mayoría administradores de salud y no miembros del público, el uso de un mismo baremo universal para todos los países, así como la propia validez y la transculturalidad del cuestionario<sup>16</sup>. El grado de

manipulación de los datos va más allá de la pura estimación estadística, ya que se llegó a «ajustar» las respuestas de los informadores clave de acuerdo a si pertenecían o no a países «libres», pues según los autores del informe los informadores clave procedentes de países «menos libres» tendían a valorar mejor sus propios sistemas. A pesar de todo, la OMS tiene previsto emplear una gran cantidad de recursos en encuestas poblacionales para utilizar en los próximos informes, pero sin haber resuelto el problema más fundamental de la validez de los cuestionarios que deben emplearse.

En relación con la medida utilizada para valorar la contribución financiera justa de un sistema, se ha criticado tanto el criterio escogido como el método de cálculo. Para algunos autores, la relación entre el gasto sanitario y el gasto no alimenticio de las familias como medida de equidad (la máxima equidad se alcanzaría cuando esta relación es igual en todas las familias de un país) conllevaría una visión conservadora de la solidaridad frente a la enfermedad<sup>2</sup>. Por otra parte, el método de medida sería muy dependiente de la media de gasto. Así, los países con bajo gasto pueden tener un valor de dispersión (inequidad) menor, incluso cuando la variabilidad en gasto entre familias es mayor<sup>17</sup>. Además, hay que señalar que este indicador sólo estaba disponible en 21 de los 191 países, teniendo que estimarlo indirectamente en el resto.

Los pesos otorgados a cada una de las variables anteriores para obtener el indicador global de logro se obtuvieron por encuesta a 1.007 personas que, o bien eran personal de la OMS o votantes voluntarios entre visitantes de la página web de la organización. La clasificación refleja, además, una concepción muy limitada de lo que conforma un sistema de salud. Así, para tratar de separar la contribución del «sistema de salud» a la obtención de resultados se tomaron los niveles de escolarización de cada país como factores de ajuste de la salud, no como factores contribuyentes. Ello explica seguramente que países con alto grado de escolarización (como los escandinavos) hayan resultado tan mal clasificados<sup>18</sup>.

La medida de *performance* o rendimiento utilizado en el informe OMS contiene para otros autores una lógica ética discutible en el sentido de que primaría la eficiencia en la mejora de salud para la mayoría de las personas, principio «utilitarista», en lugar de la eficacia del sistema para mejorar la salud, en particular la de aquellos sectores sociales peor dotados, principio «igualitarista». Estos principios entran en contradicción en muchas ocasiones dado que, como es conocido, suele ser más caro tratar condiciones de enfermedad en los más pobres y marginados que en los grupos de población con más medios<sup>19</sup>.

Es difícilmente sostenible, y así se ha criticado también, que los resultados en salud puedan ser referidos a los *inputs* de un sistema sanitario en ese mismo mo-

mento histórico, ya que la salud es el resultado de una compleja interacción de múltiples factores con períodos de latencia, en general, prolongados<sup>20</sup>.

Como se ha podido comprobar, los autores del informe han tenido que manipular fuertemente los pocos datos disponibles con técnicas estadísticas complejas, y no siempre bien explicadas, para poder suplir los datos inexistentes. Resulta evidente la debilidad técnica de estas estimaciones, por no hablar de su credibilidad social y política. Un estudio de sensibilidad de la clasificación elaborada por la OMS, firmado por Dean Jamison y no publicado todavía, demuestra que simplemente al incluir una variable de localización geográfica de la población dentro del país, la clasificación de rendimientos se modificaba radicalmente. Sólo 9 de 96 países mantenían su clasificación dentro del intervalo de confianza otorgado por el informe OMS. Ello les lleva a concluir que la clasificación OMS resulta arbitraria y carece de significado alguno.

En otro orden de cosas, la clasificación ha sido criticada por muchos ministerios, además de por la falta de transparencia y discusión previa, por el efecto desmotivador que una clasificación de esta naturaleza tiene para los países con peores resultados (precisamente la mayor parte de los países africanos). Es justamente por este motivo por el que a menudo los sistemas de clasificación que buscan la emulación de las unidades «excelentes» sólo identifican a los mejor clasificados.

La baja probabilidad de los resultados es, por último, llamativa y contribuye a desacreditar la validez del *ranking*. Valga de ejemplo que en prácticamente las mismas posiciones respecto al rendimiento global del sistema se sitúen países como los escandinavos, considerados por muchos ejemplares, en contraposición a países donde el acceso a la salud está muy limitado y las inequidades son obvias: Marruecos (29), Dinamarca (34), Finlandia (31) y Estados Unidos (37). O que Brasil, un país con acceso universal a la salud, haya sido clasificado en la posición 129, muy por detrás de países, incluso cercanos, con sistemas de salud infinitamente más desestructurados. Estudios que han comparado la clasificación OMS con la percepción de sus sistemas de salud por la propia población demuestran, igualmente, la falta de correlación entre ambas perspectivas<sup>21</sup>.

## Conclusiones

La OMS ha producido un informe muy controvertido y que ha suscitado el rechazo mayoritario de la comunidad científica. Si bien el informe contiene un elaborado análisis de los fundamentos de un sistema de salud y de las reformas operadas por los países recientemente, identificando lo que parece haber funcionado de modo correcto y lo que no, es la clasificación de logro y rendimiento de los sistemas de salud la que ha suscitado su rechazo mayoritario y oscurecido el resto del informe. En su intención de contribuir a una política sanitaria basada en evidencia, un informe con metodología tan débil y manejado políticamente de forma tan incorrecta sólo puede contribuir a lo contrario: el descrédito del análisis político y económico de los sistemas de salud y de la propia Organización Mundial de la Salud como impulsora de la mejora de los sistemas de salud.

Resulta totalmente irrealista, impracticable y contraproducente pretender comparar todos los sistemas de salud mundiales en función de uno o dos indicadores mágicos. Un sistema de salud es fruto de muchos factores, entre otros de la cultura y la historia de los pueblos, y los responsables políticos difícilmente aceptarán que se hagan clasificaciones de rendimiento que puedan poner en entredicho su actuación. Más aún cuando la metodología de soporte es tan débil. Puede tener más sentido, metodológico y de utilidad, comparar sistemas de salud próximos cultural, económica y geográficamente. Contando siempre con métodos consistentes y, por descontado, la aceptación de los evaluados.

Acercándonos a nuestro país, mal harán quienes, sin conocer el fundamento de la metodología utilizada, rentabilizan la buena clasificación otorgada a España en este *ranking* para lucir un orgullo estéril o defender posiciones políticas determinadas.

Pensar que un sistema de salud puede y debe construirse exclusivamente con evidencia científica es no solamente demasiado ingenuo sino, además, contraproducente para el logro de los valores legítimos a los que aspira una población<sup>15</sup>.

## Bibliografía

1. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: The World Health Organization, 2000.
2. Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet* 2000; 356: 1598-1601.
3. Bruntlandt GH. Statement by the Director-General to the Executive Board at its 107<sup>th</sup> session. EB107/2, 15 de junio de 2001. Disponible en: <http://www.who.int/whr>.
4. World Health Organization. Health systems performance assessment-Report by the Secretariat. EB107/9, 14 de diciembre de 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr>.
5. Osborn D, Gaebler T. Reinventing government. Reading: MA, Addison Wesley, 1993.
6. Ollila E, Koivusalo M. Values, ideologies and evidence-based recommendations: WHO's Health Policy drifting off course. En: Hakkinen U, Ollila E, editores. Themes from Finland: The World Health Report 2000. What does it tell us about health

J.M. Fernández-Díaz.— El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000:  
un juego de ordenador políticamente incorrecto

- systems? Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000; 3-7.
7. Fundación Osvaldo Cruz [accedido el 26 de mayo de 2001]. Disponible en <http://www.fiocruz.br/cict/dis/vering.htm>.
  8. Van der Stuyft P, Unger JP. Improving the performance of health systems: the World Health Report as go-between for scientific evidence and ideological discourse. *Trop Med Int Health* 2000; 10: 675-677.
  9. Anand S, Hanson K. Disability-adjusted life years: a critical review. *J Health Econ* 1997; 6: 685-702.
  10. Williams A. Calculating the global burden of disease: time for strategic reappraisal? *Health Econ* 1999; 8: 1-8.
  11. Mooney G, Wiseman V. Burden of disease and priority setting. *Health Econ* 2000; 9: 369-372.
  12. Rissanen P, Sintonen H. Measurement of the State of Health in the World Health Report 2000. En: Hakkinen U, Ollila E, editores. *Themes from Finland: The World Health Report 2000. What does it tell us about health systems?* Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000; 17-20.
  13. Wiseman V, Mooney G. Burden of illness estimates for priority-setting: a debate revisited. *Health Policy* 1997; 43: 243-251.
  14. Cooper RS, Osotimehin B, Kaufman JS, Forrester T. Disease burden in sub-Saharan Africa: what should we conclude in the absence of data? *Lancet* 1998; 351: 208-210.
  15. Williams A. Science or Marketing at WHO? A commentary on «World Health 2000». *Health Econ* 2001; 10: 93-100.
  16. Aalto A. Measuring the Responsiveness of Health Care System in the World Health Report 2000. En: Hakkinen U, Ollila E, editores. *Themes from Finland: The World Health Report 2000. What does it tell us about health systems?* Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000; 29-32.
  17. Klavus J. The measure of fair financing in the World Health Report 2000. En: Hakkinen U, Ollila E, editores. *Themes from Finland: The World Health Report 2000. What does it tell us about health systems?* Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000; 21-24.
  18. Häkkinen U. Assessment of the Goal Attainment and Efficiency of Health Systems in the World Health Report 2000. En: Hakkinen U, Ollila E, editores. *Themes from Finland: The World Health Report 2000. What does it tell us about health systems?* Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2000; 9-15.
  19. Wildner M, Brunner A. Health systems' performance and ethical yardsticks. *Lancet* [edición electrónica] 2000 [citado el 28 octubre de 2000]; 356. Disponible en: <http://www.thelancet.com>.
  20. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med* 1990; 1347-1363.
  21. Blendon R, Kim M, Benson J. The Public versus the World Health Organization on Health System Performance. *Health Aff* 2001; 20: 10-20.
-