

# Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS «WHO Health Systems: improving performance» y su relevancia en España

V. Navarro

Catedrático y Director del Programa de Políticas Públicas.  
Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. The Johns Hopkins University.

*Correspondencia:* Prof. Vicente Navarro. Johns Hopkins University.  
School of Hygiene and Public Health  
Department of Health Policy and Management.  
624N. Broadway, 4th floor. Baltimore MD 21205-1996.

*Recibido:* 6 de julio de 2001.  
*Aceptado:* 6 de septiembre de 2001.

**(Critique of conventional wisdom. The World Health Organization's report «WHO Health Systems: improving performance» and its relevance in Spain)**

## Resumen

Este artículo hace una revisión crítica del informe de la OMS «WHO health systems: improving performance» analizando el contexto político en el que tal informe se presentó; los supuestos ideológicos subyacentes en la evaluación que el informe hace de la eficiencia y la eficacia de los sistemas sanitarios, así como de su grado de sensibilidad al usuario y de la progresividad en su financiación, concluyendo con notas sobre su posible relevancia en España.

**Palabras clave:** Sabiduría convencional. Ciencia. Ideología. Eficiencia. Eficacia. Sensibilidad al usuario. Progresividad fiscal.

## Summary

This article provides a critical review of the World Health Organization's (WHO) report, «WHO Health Systems: improving performance». The political context in which the report was presented, the ideological suppositions underlying the report's evaluation of the efficiency and efficacy of the health systems, their degree of responsiveness to users and the progressiveness of their funding are analyzed. Finally, the possible relevance of the report in Spain is discussed.

**Key words:** Conventional wisdom. Science. Ideology. Efficiency. Efficacy. Sensitivity to users. Fiscal progressiveness.

## Introducción

El 24 de junio del año pasado, la OMS-Ginebra publicó un informe, «WHO Health Systems: improving performance» (WHO HSIP), en el que los países del mundo eran listados en un orden de mejor a peor, según la calidad y el desempeño de sus servicios sanitarios<sup>1</sup>. La publicación de tal informe tuvo un gran impacto mediático. Por varios días tal informe fue noticia internacional, es decir, todos los medios de comunicación, bien fuera escrita u oralmente, dieron gran publicidad a los resultados de tal informe. Tanto el lector de prensa como el que seguía las noticias por televisión querían saber dónde se ubicaba su país en aquella liga de campeonatos de sistemas sanitarios. La publicación del informe coincidió en Europa, por cierto, con los campeonatos de fútbol de este continente y, por un momento, parecía que la liga sanitaria de campeones adquiriría casi la misma repercusión mediática

(aunque ello sólo ocurrió por un día) que el campeonato de fútbol.

Este interés general, expresado por la ciudadanía de los distintos países europeos, por saber el lugar de su sistema sanitario en la «liga mundial» fue acompañado por una sorpresa en gran número de círculos salubristas en Europa y los EE.UU., puesto que algunos de los hallazgos del informe entraban en contradicción con opiniones existentes entre gran número de expertos que no compartían las bondades que el informe atribuía a muchos de los sectores sanitarios considerados como «campeones» y que aparecían en lugar prominente en aquella «liga sanitaria», como Italia y España.

En España, tal noticia tuvo un impacto especial, puesto que la publicación del informe de la OMS —que situaba a España en el número siete entre todos los sectores sanitarios del mundo— coincidió con un período de gran agitación en el sector sanitario creado, en parte, por las denuncias realizadas por algunos cirujanos cardíacos de las largas listas de espera en los

hospitales públicos para ciertas intervenciones quirúrgicas, retraso que, según los denunciantes, estaba causando la muerte de algunos pacientes en espera. También durante aquellos días, la Asociación Española de Medicina de Atención Primaria había lamentado el número excesivo de pacientes asignados a los médicos en los centros de atención primaria, lo cual resultaba en un tiempo de visita promedio excesivamente corto. En realidad, los datos publicados por la última encuesta de Salud del EUROSTAT (Health Survey 2000) confirmaban que España era uno de los países en donde había un porcentaje mayor de personas que se quejaban de la brevedad de las visitas al médico de atención primaria<sup>2</sup>. A estas protestas se han ido acumulando otras a partir de entonces que incluyen desde la protesta y huelga de los médicos interinos cuya situación laboral provisional no está resuelta, hasta las protestas expresadas en los medios de información por los graves problemas de salud pública que han aparecido con especial intensidad en nuestro país, como son los problemas de las vacas locas o el de *Legionella*. Estos problemas se añadían a otros muchos también documentados en el citado informe EUROSTAT, el cual también presentaba a España como uno de los países de la UE con mayor número de fatalidades laborales y con mayores incidencia y prevalencia de enfermedades fácilmente prevenibles, como el sida, la tuberculosis, las enfermedades venéreas y las infecciones parasitarias de tipo digestivo, con un porcentaje mayor de las poblaciones urbanas expuesto a ruidos y con uno de los peores récords en educación sanitaria (con un porcentaje mayor de jóvenes que creen erróneamente que el sida se transmite por mero contacto físico), entre otros indicadores negativos.

Como resultado de estos hechos, bien conocido, por cierto, en círculos salubristas internacionales, se entiende que la colocación del sector sanitario como número siete de aquella «liga de campeones sanitarios», junto con Italia, creara una considerable sorpresa. Pero los medios de comunicación españoles se aceleraron en echar las campanas al vuelo y subrayar que España estaba en los primeros puestos de aquella liga, reproduciendo así, de una manera acrítica, un mensaje ampliamente difundido en los medios de información españoles que subrayan que «España va bien». Al parecer, había un contraste entre lo que la OMS y los medios de comunicación decían y los datos empíricos que cuestionaban esta imagen optimista del sector sanitario, realidad que también había quedado bien documentada, por el bien conocido trabajo llevado a cabo por un grupo de investigadores dirigidos por el profesor de la Universidad de Harvard, Robert Blendon, que situaba a España e Italia (junto con los EE.UU.) entre los países en que había mayor insatisfacción con el sistema sanitario. Un 28% de la población española (y un 40% de la población italiana) indicaba que «había tan-

tos puntos negativos en el sistema sanitario que éste debería ser construido de nuevo», mientras que otro 49% de la población española (y un 46% de la población italiana) indicaba que «aun cuando hay elementos positivos del sector sanitario, hace falta que éste sufra una transformación profunda para mejorarlo»<sup>3</sup>. Esta contradicción entre lo que la ciudadanía expresaba y lo que la OMS decía exigía una evaluación y un análisis crítico del informe de la OMS.

---

## La OMS: su informe

El informe de la OMS evaluaba los sistemas sanitarios según tres criterios, a saber: su eficacia, su sensibilidad al usuario y la progresividad en su financiación<sup>4</sup>. En teoría, tales criterios parecían razonables. Ahora bien, el problema aparecía cuando se analizaban los métodos por los cuales se quería cualificar estos criterios.

Así, «la eficacia del sector sanitario» se medía por la mortalidad y morbilidad del país, asumiendo (erróneamente) que la causa mayor del nivel de mortalidad y morbilidad de un país eran las intervenciones del sector sanitario. Existe gran cantidad de evidencia, ignorada en el informe, que cuestiona tal supuesto<sup>5</sup>. Una de las primeras clases que se da en cualquier curso de salud pública es mostrar que el nivel de mortalidad y morbilidad de un país depende primordialmente de factores sociales, políticos y económicos más que de intervenciones sanitarias, lo cual no quiere decir que el sector sanitario no sea útil, relevante o eficaz, pero esta eficacia se da más en cuidar de los pacientes (en enfermedades crónicas) que en curar (enfermedades agudas). En los países desarrollados, la mayor morbilidad es crónica más que aguda (contrastando con sus servicios sanitarios, que están más orientados a la atención curativa que a la asistencial, paliativa, preventiva o de rehabilitación), siendo a su vez la mortalidad de las poblaciones (debida en su mayoría a causas crónicas) poco vulnerable a las intervenciones del sistema sanitario. De ahí que la mortalidad no sea un buen indicador para medir la eficacia de los servicios sanitarios. Mejores indicadores de la eficacia de estos servicios sanitarios son los indicadores de calidad de vida, la capacidad, el bienestar y la satisfacción de la ciudadanía y de los usuarios con el sistema sanitario. Incluso en los países en vías de desarrollo, las intervenciones médicas son de una eficacia relativa en reducir la mortalidad. Es más, incluso actividades preventivas de carácter colectivo como inmunizaciones y control de saneamiento (más eficaces que las medidas clínicas para reducir la mortalidad) tienen una efectividad reducida en ausencia de contextos políticos, económicos y sociales redistributivos<sup>6</sup>. La ausencia de en-

tendimiento de estos hechos por parte del informe de la OMS hace que tal informe pueda escribir aseveraciones tan erróneas como que «si Suecia tiene mejor salud que Uganda, se debe en gran parte a que gasta 35 veces más per cápita en servicios médicos», o que «con un gasto en servicios médicos de 12 dólares por persona, se eliminaría un tercio de la morbilidad del mundo», o que «los sistemas sanitarios han desempeñado un papel clave en el descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida del siglo xx», ignorando, en este último caso, que los antibióticos y las sulfamidas —primera medida auténticamente eficaz del potencial terapéutico— fueron utilizados masivamente sólo a partir de los años sesenta, cuando el descenso mayor de la mortalidad ya había ocurrido.

La ignorancia de tales hechos, básicos en salud pública, podría explicar que España, Grecia y Portugal, así como Italia, que tradicionalmente han tenido una larga esperanza de vida debida a factores sociales y culturales, además de la dieta y el clima, aparezcan en la lista de sistemas sanitarios muy eficaces, atribuyendo tal esperanza de vida al sector médico, error elemental. El informe reproduce de esta manera una concepción muy conservadora de lo que es salud y sanidad, medicalizando en extremo estas realidades y conceptos.

---

### Grado de sensibilidad al usuario

En cuanto al segundo indicador, «la sensibilidad del sector sanitario al usuario», éste se subdivide en el informe WHO HSIP en dos subcriterios. Uno es lo que el informe llama «respeto a las personas», que incluye la dignidad proveída a los pacientes, la confidencialidad de la información sobre los pacientes y la autonomía del paciente. El segundo subcriterio es lo que el informe llama «atributos orientados hacia el cliente», tales como atención recibida por el paciente, calidad y comodidad de los servicios, capacidad de elección e infraestructura de apoyo. De nuevo, todos estos criterios y subcriterios parecen razonables. Ahora bien, el problema aparece de nuevo en cómo se obtiene esta información. Y es ahí donde el sesgo conservador del informe aparece otra vez. El grupo de la OMS obtuvo la información a partir de preguntar la opinión a «grupos de expertos». ¿Y quiénes son estos expertos? El informe no lo dice pero el lector puede sospecharlo fácilmente. La selección de los expertos puede derivarse de la selección de referencias bibliográficas en el informe. Así, Enthoven, autor del modelo de «competitividad gestionada» en los EE.UU. (que se ha transformado en la sabiduría convencional del *establishment* estadounidense, y por tanto en la OMS y en PAHO), es extensamente citado en el informe con aprobación, mientras que autores como Himmelstein, Waitzkin, Wo-

olhandler, Navarro y otros, críticos de tal modelo, no aparecen por ninguna parte en el informe. Es más, el famoso informe de Alma-Ata que la OMS estableció en 1978 como guía de diseño y evaluación de sistemas sanitarios según criterios salubristas es criticado en este nuevo informe de la OMS por no dar suficiente importancia al mercado, al sector privado y al principio de modificación del intercambio sanitario. No es, pues, de extrañar que tales «expertos» concluyan que aquellos sistemas que se rigen por los criterios de competitividad gestionada sean los más sensibles al usuario, poniendo a los EE.UU. como el país del mundo más sensible al usuario. Las encuestas de usuarios en aquel país, sin embargo, no concuerdan con tal valoración. Estados Unidos es el país donde hay menos satisfacción por parte del usuario del sector sanitario con la organización (y también con la financiación) del sistema. Como bien concluía una encuesta de usuarios realizada por la Asociación Americana de Hospitales, «la mayoría de la población en los EE.UU. percibe los servicios sanitarios que recibe dedicados, más que a su cuidado y atención, a optimizar el beneficio de las empresas aseguradoras que los gestionan, mediante la reducción de la calidad de la atención y reducción de costes»<sup>7</sup>.

Por razones semejantes, el informe WHO HSIP considera Colombia como el país cuyo sistema sanitario es más sensible al usuario. Colombia es, ni que decir tiene, uno de los países de Latinoamérica que ha introducido con mayor intensidad el modelo de competitividad gestionada. La OMS en este informe hace lo que PAHO ha hecho por muchos años, esto es, transmitir a Latinoamérica la sabiduría convencional existente en centros gubernamentales y académicos estadounidenses. Hemos visto un ejemplo más de ello cuando el Director General de PAHO ponía el sistema de aseguramiento chileno como modélico para Latinoamérica, subrayando que «el ejemplo de ISAPRES en Chile demuestra el éxito del sector privado en el sector sanitario, así como el éxito de los sistemas de aseguramiento privado»<sup>8</sup>. La pregunta que tal afirmación motiva es: ¿el éxito de quién y para quién? El sistema de aseguramiento privado introducido por la dictadura del general Pinochet cuando éste desmanteló el Servicio Nacional de Salud Chileno debe su éxito comercial a la selección —por parte de las compañías de seguros privadas, incluyendo ISAPRES— de sus usuarios, atendiendo principalmente a las clases pudientes y medias altas, dejando a las clases populares con escasos medios y enfermos crónicos y ancianos al sector público, creando una polarización social en la que la distribución de recursos sanitarios se realiza según la capacidad de compra del usuario y no según la necesidad de la población<sup>9</sup>. En realidad, la experiencia en los EE.UU. con competitividad gestionada y aseguramiento privado es extraordinariamente negativa. Existe una amplia y extensa bibliografía en este sen-

tido publicada en *The International Journal of Health Services* y otras revistas científicas que documenta la repercusión negativa del aseguramiento privado y competitividad gestionada en la calidad de la atención sanitaria de la mayoría de las clases populares estadounidenses<sup>10</sup>. Ninguna de estas evidencias contrarias al aseguramiento privado y a la competitividad gestionada aparece en el informe de la OMS. Esta selectividad en el uso de evidencia científica y referencias bibliográficas, excluyendo a los científicos críticos, define este documento como un documento propagandístico, de escasa credibilidad científica. En realidad, es un caso muy preocupante de instrumentalización política de la sección de la OMS responsable del análisis de sectores sanitarios.

Sería injusto incluir a toda la OMS en esta crítica de instrumentalización política. Ahora bien, hay que ser conscientes de que ni la OMS ni PAHO son instituciones científicas: son instituciones internacionales muy vulnerables a las influencias y presiones de los gobiernos norteamericano y europeos, y muy en particular del gobierno federal de los EE.UU., que ha utilizado todos los instrumentos a su alcance (desde el National Institute of Medicine hasta el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización de Libre Comercio, en donde tiene gran influencia), para promover la privatización de los servicios del Estado del bienestar, incluyendo la sanidad y la seguridad social y la competitividad gestionada. Esta influencia de los EE.UU. ha sido particularmente acentuada, tanto en PAHO como en algunas secciones de la OMS, incluyendo la Sección de Servicios Sanitarios. En los EE.UU., la promoción de la privatización y de la competitividad gestionada ha sido particularmente acentuada, desde que el Partido Republicano, y el ala derecha del Partido Demócrata, de la cual Enhoven (originalmente de la Fundación Rand y más tarde de la Stanford University) es su intelectual más conocido, han controlado el Senado. El presidente de la Comisión de Asuntos Exteriores (que aprueba la aportación del gobierno de los EE.UU. a la OMS y otras agencias de la ONU) ha sido hasta muy recientemente Jesse Helms, definido por *The New York Times* como el senador más ultraconservador de los EE.UU. Como consecuencia, la OMS colabora acríticamente con el Banco Mundial (temerosa de que se la perciba como crítica del capital financiero y muy en especial de las compañías de seguros sanitarios) promoviendo competitividad gestionada y privatización. De los dos autores más importantes del informe, uno, Julio Frank, es hoy Ministro de Sanidad del Presidente Fox, comprometido en extender la *managed competition* en aquel país, y el otro, Charles Murray, procede de la Fundación Rand, como Enhoven, uno de los institutos más próximos al Ministerio de Defensa de los EE.UU. y centro del pensamiento conservador. Sus informes se caracterizan por un elevado contenido de modelos ma-

temáticos y estadísticos contruidos sobre supuestos conservadores o liberales altamente cuestionables. Una característica parecida aparece en este informe, en el que un gran aparato estadístico es utilizado para dar una impresión de rigor a lo que es básicamente un documento que reproduce ideología neoliberal.

---

### La progresividad de los sistemas sanitarios

La última característica utilizada en el informe de la OMS para la evaluación de los sistemas sanitarios es la progresividad en la financiación de los servicios sanitarios. Aquí, de nuevo, el método utilizado es altamente cuestionable. Para los autores del informe, un sistema es justo si las familias pudientes gastan en sanidad un porcentaje —medido en relación con el gasto en alimentación— idéntico al gastado por una familia con escasos medios. Este supuesto es erróneo por dos razones. Una es que para que el sistema sea auténticamente progresista, el porcentaje debería ser mayor, no igual, al de la familia modesta. En segundo lugar, el gasto de una y otra familia deberían estar relacionados —es decir, gestionados en un mismo sistema de financiación— a fin de que tuviera una repercusión redistributiva. Una familia rica puede gastarse mucho en sanidad en una compañía de seguros privada en temas de cirugía estética, y otra familia pobre gastarse poco en el sistema público en temas de cuidados crónicos y, a pesar de ello, el sistema podría ser muy regresivo. La progresividad debería medirse por un criterio salubrista por el cual los recursos se distribuyan según las necesidades y se financien según la capacidad de los contribuyentes y usuarios. Este criterio está ausente en aquel informe.

---

### Conclusión

Mi crítica detallada del informe, publicada en *The Lancet*, concluía resumiendo los tres supuestos que sostenían el edificio ideológico del informe: la medicalización de la salud (que asume que la sanidad es el factor determinante del nivel de salud de una población); la superioridad del sistema estadounidense en su servicio al usuario y la visión individualizada de lo que significa progresividad financiera. En mi crítica detallada también los lugares y espacios del informe donde tales supuestos aparecían, supuestos que en ocasiones alcanzaban términos de gran vulgaridad y frivolidad, como el de presentar el colapso de la Unión Soviética como prueba de la inoperancia de los servicios nacionales de salud basados en la financiación, gestión y propiedad públicas.



Los coordinadores del proyecto, Frenk y Murray, respondieron a mi crítica en un artículo posterior<sup>11</sup> en el que básicamente no respondieron a mis críticas. *The Lancet* publicó también un artículo extenso de un grupo internacional de investigadores confirmando la veracidad de mis críticas al informe<sup>12</sup>.

#### *Su relevancia para España*

Una de las consecuencias negativas que la publicación del informe (en el que se define al servicio sanitario español como muy eficiente) ha tenido en nuestro país es su contribución a la sensación de complacencia que existe en el sector sanitario español, paralizando cambios importantes que deberían ocurrir en el sector, cambios obvios pero no realizables por la gran resistencia al cambio. En este aspecto, es preocupante la falta de actitud crítica que se reproduce incluso en grupos de economistas y analistas del sistema sanitario español, resultado de la gran influencia de la administración pública o empresas privadas en la configuración de la investigación de los servicios sanitarios en España. Un ejemplo es un informe reciente sobre la sanidad española en el que se celebraba el descenso de la mortalidad infantil, donde se señala que el gasto sanitario público era mayor que el promedio de la UE. En realidad, la mortalidad infantil ha aumentado, en lugar de descender, desde 1995 en España, siendo hoy uno de los países con mayor mortalidad infantil en la UE, tal como demuestra el informe, citado anteriormente, EUROSTAT Key Data on Health 2000. En cuanto al gasto público sanitario, es uno de los más bajos de la UE. Se requiere, por tanto, una actitud más crítica hacia una situación preocupante, subrayando los grandes problemas de la sanidad española. Es sorprendente ver la reproducción en gran parte de la bibliografía economicosanitaria en España (con notables excepciones) del pensamiento hegemónico existente en las revistas económicas sanitarias de los EE.UU., ignorando —como lo hace el informe de la OMS— la abundante bibliografía crítica existente en los EE.UU. hacia el pensamiento económico dominante en ese país. Esta exclusión sistemática de opiniones críticas al pensamiento económico dominante en la cultura económica sanitaria española, excesivamente influida por el hegemónico pensamiento económico estadounidense, es un indicador de su limitada madurez científica.

Uno de los problemas mayores en la sanidad española es su bajo gasto sanitario. España se gasta un 5,8% del PIB en gasto sanitario público cuando el promedio de la UE es del 7,2%. En realidad, y tal como he indicado en varias ocasiones, el gasto es incluso menor puesto que, debido al gran poder de la industria farmacéutica, España se gasta un 20% en farmacia, con lo cual el gasto sanitario público no farmacéutico

es sólo de un 4,6% del PIB, uno de los más bajos en la UE. Detrás de grandes problemas del sector sanitario hay un problema grave de recursos.

Otro gran problema que tiene el sector sanitario español es su polarización social, en el que el sector privado sirve en su mayoría a las clases más pudientes y el sector público cubre los sectores populares, polarización que aumentará como consecuencia de la reforma del IRPF que desgrava las pólizas empresariales a las compañías de seguros privados, estimulando el aumento del tamaño de la población cubierta por los servicios de financiación privada. Estamos viendo como consecuencia el desarrollo de salas privadas (p. ej., con una cama por habitación) en hospitales públicos. Esta situación de descohesión social, sin embargo, reproduce una situación de escasa eficiencia económica. En realidad, la sanidad privada en general es mejor que la pública por la comodidad (una cama por habitación), la capacidad de elección y el trato personalizado, pero es peor en la calidad del personal y la infraestructura técnica. Lo que se requiere, por tanto, es romper con esta polarización y falta de cohesión social creando un sistema único, con comodidad (una cama por habitación), capacidad de elección, trato personalizado y con mejora científica y técnica.

Otro cambio necesario es crear una política de personal dentro del sector que facilite la dedicación exclusiva del personal con mejoramiento de las condiciones de trabajo, reformas que los gobiernos tanto socialistas como conservadores no han realizado, aumentando la frustración del sistema. En este sentido, es altamente preocupante que los partidos políticos carezcan, por lo general, de sensibilidad sanitaria y salubrista, como lo demuestra que no aparezcan los temas sanitarios de manera visible y preeminente en sus programas y actuaciones, dejando a sus representantes de política sanitaria en situaciones menores dentro de los grupos parlamentarios y aparatos de partido. En contra de lo enunciado de forma retórica en tiempo electoral, el tema sanitario no es políticamente importante y preeminente en la cultura política del país. El hecho de que la gran mayoría de los políticos (y periodistas) del país tenga privilegios sanitarios inexistentes para la mayoría de la población, tal como el derecho de ser atendidos en el sector privado, con financiación pública —a través del sistema MUFACE— con un trato especial que reciben cuando son atendidos en la pública, aislándose así de los problemas existentes en el sector, contribuye a esta insensibilidad de la cultura política y mediática del país a la problemática existente en el sector sanitario.

Otra situación que requiere una reforma es la salud pública, la «cenicienta del sector sanitario», que es la menos desarrollada de todas las áreas de la sanidad española, en las que la delegación a las autonomías de tales responsabilidades en salud pública ha coincidido con una falta de liderazgo y coordinación por las

autoridades centrales muy preocupante. En realidad, se ha creído que el Estado de las Autonomías conllevaba la desaparición central de las responsabilidades sanitarias y salubristas (un consejero de Sanidad en Cataluña incluso pidió la desaparición del Ministerio de Sanidad), olvidándose de que en los EE.UU., un Estado federal, el Ministerio de Sanidad tiene un gran poder y uno de los presupuestos mayores del gobierno federal, siendo su US Public Health Services uno de los más avanzados y desarrollados del mundo, lo cual explica, por ejemplo, que haya sido uno de los países que no haya tenido el problema de las «vacas locas». Otro factor que ha contribuido a la debilidad de los servicios de salud pública en España ha sido el escaso desarrollo de los ayuntamientos y autoridades locales en la democracia existente en nuestro país, en la cual el centralismo estatal ha sido sustituido por el centralismo autonómico que, en muchas partes de España, inhibe (en lugar de estimular) el desarrollo de las responsabilidades normativas, sancionadoras y gestoras de los servicios salubristas municipales.

Existe una enorme medicalización de la sanidad española, que contribuye a este escaso desarrollo de la

salud pública, con un profundo biologismo que conlleva un enorme conservadurismo médico con escasa sensibilidad hacia la misma, y que se reproduce en todas las opciones políticas. Así, se observa el gran surgimiento de centros de genética a la vez que se están colapsando escuelas de salud pública, escuelas que nunca han tenido durante la democracia la prioridad y los recursos que éstas requerían y el país necesita. Una vez más, se comprueba que el gran conservadurismo existente en las culturas mediáticas y políticas del país (resultado de la forma en que la transición de la dictadura a la democracia tuvo lugar en España) se reproduce también en el sector sanitario, donde el biologismo centra el discurso y la práctica sanitaria en los centros académicos, con escaso desarrollo de la cultura salubrista con su contenido social. Otro indicador de esta situación —además del escaso desarrollo de los servicios de salud pública— es el escaso desarrollo de los servicios de rehabilitación, así como los servicios de apoyo a las familias que incluyan servicios domiciliarios de atención a las personas dependientes. Esta dimensión social, junto con la salubrista, está muy poco desarrollada en España. Virchow continúa desconocido en España.

---

## Bibliografía

1. WHO Health Systems: improving performance. Ginebra. WHO, 2000.
2. EUROSTAT. Key Data on Health 2000. Original version.
3. Blendon R, Donelan K, Josep Pellise L, Lombardía EC. Spain's citizens assess their health care system. *Health Affairs*. 1991; 10: 216-228.
4. Navarro V. Assesment of the World Health Report 2000. *Lancet* 2000; 356: 1598-1601.
5. Berkman L, Kawachi I, editores. *Social epidemiology*. Oxford University Press, 2000. Navarro V, editor. *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life*. Baywood Publishers, 2001.
6. Navarro V. *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life*. Baywood Publishers, 2001.
7. American Hospital Association. *Reality chek: public perception of health and hospitals*. Chicago: A.H.A., 1997.
8. Alleyne AO. *Health Sector Reform, financing and the poor*. Presentation to the Global Council's Health Annual Conference: *Who pays? Health care reform and financing in developing countries*. Arlington, Virginia: 1999.
9. Núñez M. *Inequality in the utilization of Health Services in Chile*. Baltimore: The Johns Hopkins University. Department of Health Policy and Management, 2001 [tesis doctoral].
10. Ida Hollander. *A Review of Data on the Health Sector of the US*. *Intern J Health Serv* 2001; 31: 35-53.
11. Murray C, Frenck J. *World Health Report 2000. A Step towards evidence-based Health Policy*. *Lancet* 2001; 1698-1700.
12. Almeida C. et al. *Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000*. *Lancet*. 26 mayo 2001. P. 1692.