


JANO PROFESIONAL

La voz de los expertos

De presupuestos y prioridades
La calidad en sanidad requiere una visión globalizadora que no equivale necesariamente a la suma de calidades clínicas.

 Vicente Ortún Rubio^a
^a *Departamento de Economía y Empresa. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.*

El presupuesto sanitario público destinado a Sanidad para 1999 sobrepasa 4 billones de pesetas, más de 100.000 pesetas por habitante y año, la segunda partida más importante tras las pensiones. Aumenta respecto al año anterior en la misma medida que el PIB nominal y sus detalles pueden verse en el nodo del Ministerio de Economía y Hacienda (meh.es).

El presupuesto público, de gastos corrientes e inversiones, va configurando, con su inercia, la oferta de servicios sanitarios. Es el documento que expresa qué quiere hacer una sociedad con el gasto sanitario, como mínimo con el 80% del gasto sanitario total que se financia públicamente. Plasma implícitamente cuáles son los problemas sanitarios y sociales que se consideran prioritarios, así como la forma escogida de abordarlos.

La traducción práctica acerca de quién recibe qué, dónde, cuándo (con qué retraso), cómo (con qué calidad), se produce, no obstante, con las decisiones clínicas: decisiones diagnósticas y terapéuticas que se adoptan según unas normas clínicas, unas prestaciones establecidas y una oferta que han configurado sucesivos presupuestos. La oferta disponible condiciona de una forma tan sutil como evidente la práctica clínica y resulta más apreciada por muchos que la alternativa de medicina gestionada: "Usted ejercite su libertad clínica, que a final de año hablaremos sobre su renovación de contrato."

Presupuestos públicos y práctica clínica establecen de

Opciones de artículo

[Guardar en área personal](#)
[Valorar este artículo](#)

Buscar en medline artículos de:

[Vicente Ortún Rubio](#)

► DOYMA

► MASSON

► MEDICOM

Acceso a
Medline

Atheneum
Club virtual
de atención primaria

V-I
Vademecum
Internacional

Presupuestos públicos y práctica clínica establecen de hecho cuáles son las prioridades en política sanitaria, porque las prioridades han existido y existirán siempre, ya que ninguna sociedad podrá proporcionar todas las prestaciones, con la máxima calidad a todos sus ciudadanos. Se puede optar por no cubrir a toda la población, esto es, racionar los servicios sanitarios en función de la capacidad a pagar de las personas, por no suministrar todas las prestaciones posibles, o por adaptar la calidad a los recursos disponibles en función de diluir las prestaciones, desanimar la demanda o retrasar la satisfacción de la misma.

La calidad en sanidad, sin embargo, requiere una visión globalizadora que no equivale necesariamente a la suma de calidades clínicas. De la misma forma que el mejor diseño de un avión no es la suma de los mejores diseños de sus componentes realizados éstos de forma aislada, la calidad, en sanidad, se ha de juzgar según el grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia y los recursos que la sociedad ha decidido destinar a ello. No vale pensar que en Estados Unidos limitan el "todos" (hay 40 millones sin seguro) y en Europa actuamos rebajando calidad para poder mantener el todo para todos, ya que al final resulta que la tasa de complicaciones graves de la diabetes es en Estados Unidos el doble que en el Reino Unido.

Son conocidos los países o territorios que han efectuado algún ejercicio de establecimiento de prioridades de forma explícita: Oregón, Holanda, Nueva Zelanda, o algún distrito sanitario inglés que excluye la electrólisis dermatológica para poder incluir el ácido tretinoico, que permite tratar el acné profundo. En principio el establecimiento explícito de prioridades constituye una medida práctica de soberanía y requisito de eficiencia - ¿cómo si no se sabrá qué es lo que más valoramos para tratar de obtenerlo al menor coste social? Tiene varias dificultades: primera, especificar qué se hace pone de relieve qué queda para otra ocasión; segunda, anunciar por anticipado un programa supone pasar cuentas, posteriormente, del grado de consecución de lo priorizado; tercera, la exclusión sistemática de una prestación de la financiación pública puede hacerse en muy pocos casos; cuarta, el ideal tecnocrático de ordenar las prestaciones según algún criterio como el de coste-utilidad topa con la realidad de que los sistemas sanitarios públicos tienen muchos y cambiantes objetivos equidad, cohesión, efectividad..., por lo que la atención probablemente deba desplazarse hacia el grado de transparencia y participación en el proceso, necesariamente político pero ahora muy difuso, mediante el cual una sociedad establece prioridades.

La creciente insistencia de la medicina en las pruebas (la "evidencia") contribuirá a racionalizar la discusión de prioridades, pero no pasa de constituir una condición

necesaria pero no suficiente. La autonomía clínica tiene su contrapartida en una responsabilidad social que exige decisiones coste-efectivas en el manejo de los pacientes, para lo cual se precisa: adaptación a las circunstancias del paciente según experiencia clínica, interiorización del coste de oportunidad y orientación hacia las utilidades del usuario. La interiorización del beneficio que se deja de obtener en la mejor alternativa disponible a la decisión diagnóstica o terapéutica que se está considerando puede ser propiciada por diversas formas organizativas que reconozcan la autonomía clínica (sin equiparar menor gasto con mejor actuación). La orientación hacia las preferencias del usuario resulta del hecho de que los sistemas sanitarios en los países ricos producen fundamentalmente calidad de vida, que ésta es subjetiva y multidimensional y afecta a individuos con distintas actitudes ante el riesgo y en los cuales los indicadores fisiopatológicos y de salud percibida no siempre coinciden.

En resumen, las prioridades sanitarias de un país se establecen fundamentalmente en los presupuestos y en las decisiones clínicas. Los presupuestos no sólo condicionan de forma legítima la forma de practicar la medicina, sino que siguen constituyendo la palanca más potente, y últimamente algo olvidada, de configurar la sanidad del futuro al ir delimitando la oferta existente de servicios y profesionales. La transcendencia asignativa de la decisión clínica, al concretar cuáles son las prioridades, reclama del profesional sanitario una actitud de responsabilidad, contrapartida del grado de autonomía clínica existente. Esta responsabilidad social acerca del empleo de los recursos requiere, para su mejora, no sólo de experiencia clínica y pruebas científicas sino de formas organizativas que estimulen la orientación hacia las preferencias del usuario y la incorporación ética de los criterios de eficiencia, entendida en el sentido de gastar mejor, no menos.
