

Transparencia en el sistema sanitario público

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Transparencia en el sistema sanitario público

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Transparencia en el sistema sanitario público. Nº 31 (2013)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-695-8718-8 Depósito Legal: B. 29.628-2013

Cuadernos 31
de la Fundació
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación	
<i>Victòria Camps</i>	7
Transparencia y evaluación en el cambio de época. Potencialidades y límites	
<i>Joan Subirats</i>	10
La prevención de la corrupción en los sistemas de gestión pública	
<i>Joan Turró</i>	30
Aportaciones de los profesionales	44
Relación de participantes	116
Títulos publicados	118

PRESENTACIÓN

Vivimos en la sociedad del conocimiento y la información. Aún así, la transparencia informativa no es todavía una de las virtudes de las que puede enorgullecerse nuestra democracia. Como dijo Kant, la publicidad es la prueba que pone de manifiesto la justicia de las decisiones o las leyes. La publicidad otorga credibilidad a la gestión de los recursos públicos y la abre a la participación ciudadana.

Ahora que se está tramitando en el Parlamento español una Ley de transparencia, y que la Oficina Antifraude de la Generalitat de Cataluña ha publicado un documento sobre el derecho al acceso a la información¹, la Fundación ha creído conveniente organizar un debate sobre el valor de la transparencia especialmente aplicada a la administración sanitaria. La realidad de la crisis económica y los consiguientes recortes en los presupuestos hacen más necesario el conocimiento y la información sobre cómo y en qué se gasta el dinero público. Sobre todo, cuando se habla de la urgencia de realizar reformas estructurales para potenciar la eficiencia de los servicios sanitarios y corregir sus disfunciones. Sin una evaluación sostenida de lo que se hace, es imposible planificar un futuro que aproveche mejor los recursos. Al ciudadano le debe interesar conocer los datos y tener acceso a la información ya que sin ellos no es posible construir una opinión sobre la actividad de la Administración Pública.

La transparencia y la evaluación son dos objetivos que discurren en paralelo, como pone de relieve la ponencia de Joan Subirats, que abrió el debate. Pero hay que determinar qué debe ser evaluado y cómo debe medirse y cuantificarse la actividad. Es importante saber cómo se hacen las cosas, pero también ir más allá y plantearse cuáles deben ser los objetivos de las administraciones públicas y quién puede responder a las demandas sociales con más eficacia y eficiencia. Revisar todos los supuestos que damos por válidos sin demasiado análisis debería de ser una constante en los procesos de evaluación y planifi-

cación. Como debe serlo también el extraer consecuencias de las evaluaciones con el fin de que afecten, para mejorarlas, a las decisiones que se tomen en el futuro.

El segundo ponente, Joan Turró, abordó la reflexión sobre la transparencia como una de las condiciones necesarias para prevenir la corrupción. La falta de transparencia en la financiación y en la gestión de los recursos es, por sí misma, una de las causas, si no la mayor, de corrupción política y administrativa. Por su experiencia laboral, Turró es buen conocedor del funcionamiento interno de la Administración Pública, y en concreto de la sanitaria, lo que le permite establecer, como hizo en la ponencia, una serie de líneas de actuación que sin duda han de ayudar a combatir y prevenir las corrupciones.

Como es ya habitual en los seminarios de la Fundación, las dos ponencias fueron seguidas de un intenso debate entre los asistentes al acto. En él se subrayaron aspectos de la transparencia que no pueden obviarse. Por ejemplo, la necesidad de vincularla a la veracidad o la diferencia entre dar información y ser transparente: lo primero no implica necesariamente lo segundo, pues la información puede ser difuminada, confusa o no entrar en criterios para separar las buenas prácticas de las que no lo son. Varios participantes pusieron de manifiesto que, así como la información y la transparencia en la relación con los pacientes es una práctica ya arraigada, no ocurre lo mismo con la información sobre la administración de los servicios sanitarios. Si ha sido posible alcanzar un nivel de comunicación entre el profesional sanitario y el paciente satisfactorio para ambos, también tiene que serlo conseguir una mayor transparencia en la gestión. Es un dato reconocido que los profesionales de la medicina gozan hoy de una confianza que casi ninguna otra profesión posee. Es importante no perderla, así como preocuparse de que alcance al funcionamiento de todo el sistema sanitario, incluida la gestión.

Tenemos un déficit en la rendición de cuentas, una práctica bien asentada en las democracias anglosajonas que, por algo, fueron las primeras democracias modernas. Si a la ciudadanía se le piden sacrificios para que el estado de bienestar pueda mantenerse, es lógico que exija a su vez una gestión más

«abierta», que haga posible participar de algún modo en la toma de decisiones. La llamada «ética de las organizaciones» es todavía un campo con poco recorrido en la bioética, pero cuyo desarrollo es perentorio en unos tiempos en que, más que nunca, somos conscientes tanto de la escasez de los recursos como de la obligatoriedad de seguir garantizando la protección de la salud.

Victòria Camps
Presidenta

Nota

1. *Derecho de acceso a la información pública y transparencia*, Oficina Anti-fraude de Cataluña, Colección Estudios IntegriCat, núm. 4, abril de 2013.

F
U
N
D
A
C
I
O
N
E
S
V
I
C
T
O
R
I
A
S
Q
U
I
E
R
O
S
I
L
L
U
M
I
N
A
T
I
O
N
E
S

**Transparencia
y evaluación en el
cambio de época.
Potencialidades
y límites**

Joan Subirats

*Instituto de Gobierno y Políticas Públicas
de la Universitat Autònoma de Barcelona*

En este documento se recogen algunos elementos que entendemos forman parte del debate sobre transparencia y evaluación en el sector público en general y en el ámbito sanitario en particular. La orientación del documento pretende ser más un punto de partida para el debate que un ensayo cerrado sobre un tema que consideramos en proceso de (re)construcción. El cambio estructural en el que estamos inmersos, que modifica muchos de los puntos de partida en que se basó el establecimiento del sistema sanitario público, obliga a reconsiderar paradigmas, conceptos y parámetros que parecían, hace sólo unos años, como definitivos. Es un documento, por tanto, que no quiere sólo situar la cuestión de la transparencia y de la evaluación en una coyuntura de crisis, sino que quiere contribuir a la redefinición de las políticas de salud en la nueva época en la que, querámoslo o no, estamos entrando. La perspectiva sobre transparencia y evaluación es positiva, en el sentido de entenderlas como aproximaciones necesarias y útiles, pero, al mismo tiempo, complejas y llenas de potencialidades y conflictos tanto en su formulación como en su implementación.

Transparencia y evaluación. ¿Cuál es la especificidad del sector público?

Hablar de transparencia y relacionarla con el sector público no da siempre buenos resultados. Más bien lo que se constata en la evolución de la Administración Pública del país es una notable opacidad y un cierto reparo en compartir la información de que se dispone con el conjunto de la ciudadanía. Es evidente que la falta de tradición democrática del país y de sus poderes públicos no ha ayudado a situar el tema en el lugar que se merecía en la agenda. No ha habido incentivos al respecto en los propios poderes públicos, y tampoco ha existido la dosis adecuada de presión ciudadana para que ello cambiara. No es preciso insistir en que, muchas veces, el procedimiento normativo, el lenguaje que se utiliza en las comunicaciones administrativas, las lógicas aún imperantes de «silencio administrativo», han convertido el tema de comunicación entre instituciones y ciudadanía en algo complejo y poco diáfano. Expresiones como «información es poder», muestran una lógica que

aún vemos muy presente en los actores públicos. No debe ser casual que España sea uno de los poquísimos países de la Unión Europea que todavía no dispone a fecha de hoy, de una ley de transparencia, y todos hemos sido testigos de las renuencias de determinados poderes e instituciones para aceptar lo que una ley de ese tipo implica.

Otro de los problemas centrales con los que nos enfrentamos en las perspectivas de evaluación que han ido penetrando en las administraciones públicas, es que en muchos casos parten de supuestos que parecen directamente importados del mundo de las organizaciones empresariales. Hay una parte de verdad en ese planteamiento unificador. Es cierto que en ambos casos existen objetivos, tienen que manejar recursos, dirigen y son dirigidas por personas, trabajan mediante procesos, y quieren obtener resultados..., ¿por qué no acercar métodos de funcionamiento, organización, control y evaluación? Pero ello no es suficiente. Uno de los elementos centrales en la estrategia empresarial es la capacidad de competir. En la lógica mercantil, una empresa competitiva es una empresa eficaz y eficiente. En las administraciones públicas la lógica de actuación se basa más en la capacidad de trabajar en la interdependencia que en la capacidad de competir. Son excepción las actuaciones administrativas que puedan desarrollarse con plena independencia de otros servicios u otras administraciones. Los procedimientos formales o informales de cooperación, los procedimientos explícitos o implícitos de coordinación, la sujeción a una pluralidad de valores a simultanear con los criterios de eficacia y eficiencia, son determinantes para asegurar una gestión correcta.

Como bien sabemos, es precisamente de la constatación de las significativas interdependencias presentes en la gestión pública de donde surgió toda la literatura que puso de relieve las limitaciones de la teoría de la decisión racional en su aplicación al contexto de las administraciones públicas (Lindblom, Wildavsky, Landau,...). Las administraciones públicas trabajan en campos y en sectores que les vienen en muchos casos predeterminados normativamente. No escogen los mejores «nichos» de actividad. Actúan muchas veces de forma contradictoria, ya que sirven a intereses y clientelas también contradictorias. Su labor, lejos del ideal que expresa el concepto de «inter-

ses generales», se enmarca en un entramado de gran complejidad, lleno de actores, algunos de ellos muy potentes, que manejan intereses contrapuestos. En ese contexto, las administraciones públicas no pueden jugar con la relativa facilidad que da el hecho de tener una orientación inequívoca a una única cuenta de resultados basada en la obtención de beneficios. Si en la empresa mercantil, eficacia y eficiencia tienden a confundirse, en el mundo de las administraciones públicas, no siempre ocurre así. Equivocarse en ello significa muchas veces contribuir a los bien conocidos fenómenos de la llamada «selección adversa» de la cual tenemos buenos ejemplos en sanidad y educación.

A pesar de todo, sabemos que no podemos admitir que exista una insuperable colisión entre los principios de eficacia y legalidad, y por tanto hemos de trabajar de manera innovadora para ir construyendo categorías que nos permitan atender los valores que expresan ambos requerimientos, asegurando siempre la capacidad de rendir cuentas, la capacidad de mantener abiertos los controles y los mecanismos de evaluación que eviten los abusos de poder y la ineficacia de la acción pública, lo que acaba provocando problemas de legitimidad. Una organización (aquí sí, pública o no pública) que mantenga su capacidad de rendir cuentas, de ser transparente en su gestión, de evaluar su quehacer, será una organización capaz de aprender tanto de sus aciertos como de sus errores.

¿Evaluar políticas, evaluar procesos de gestión?

Ahora bien, al margen de estos primeros elementos de reflexión, uno de los elementos centrales que deberíamos tener en cuenta al introducir mecanismos de evaluación y de rendición de cuentas en el funcionamiento de las administraciones públicas es el saber si estamos tratando de evaluar temas que son propios del área de gobierno o temas que son propios del área de gestión. Sabemos perfectamente que no hay nada más difícil que distinguir con precisión ambas esferas, pero sabemos también que si confundimos

absolutamente esos campos, se nos complicará muchísimo cualquier vía de mejora e innovación. Proponemos que se distinga, al menos analíticamente, entre lo que llamaríamos tareas de gestión y tareas de gobierno, y que se crucen esas tareas con los distintos ámbitos de actuación de las administraciones, unos de mayor contenido operacional, otros de mayor contenido estratégico (Vid. Cuadro 1).

Cuadro 1
Tareas y ámbitos de actuación de las administraciones públicas

	Operacional	Estratégico
Gestión	1	2
Gobierno	3	4

Fuente: elaboración propia a partir de Metcalfe, L. «Accountability and effectiveness», Venecia, 1998, mimeo.

El cruce entre tareas de gestión, de carácter más interno, y ámbito operacional (casilla 1), podríamos decir que genera el espacio típico de los análisis preocupados por los valores de economía y eficiencia. Es ese el espacio en el que opera la clásica labor de la intervención en muchas administraciones de nuestro entorno, y es también el ámbito en el que con mayor intensidad se han movido las reformas que se han sucedido en torno al concepto de *New Public Management* (NPM). El espacio de gestión de contenido más estratégico (casilla 2), sería aquél en el que las variables que cuentan son las de la eficacia y la gestión del cambio. Usando los conceptos puestos en circulación hace ya tiempo por Osborne y Gaebler, no se trataría sólo de «remar» (casilla 1) sino de «timonear» (casilla 2). Las labores emblemáticas serían las de adaptar las operaciones a los problemas, anticipando desajustes de la gestión. Sería éste un campo que en nuestro país han venido ocupando o bien gestores con capacidad directiva probada, o bien políticos que han jugado y juegan más en el campo de la gestión que en el propio de la política y del gobierno.

El entorno de tareas de gobierno es un terreno en el que se lidia sobre todo con el exterior de la organización, donde se juegan las grandes cuestiones de la legitimación política y social. Si esa labor se cruza con el ámbito más estrictamente operacional (casilla 3), nos encontraremos con lo que podríamos denominar labores de «contra maestre», gobierno de operaciones, y con funciones como contraste, supervisión, control del gasto y de los recursos, cauteles para evitar fraudes o corruptelas, etc. Es este el terreno en el que acostumbramos a encontrar los órganos de control de legalidad presupuestaria y contable. El terreno menos explorado es el que entrecruza gobierno y ámbito estratégico (casilla 4). Siguiendo la parábola marítima que hemos venido utilizando, sería el campo propio de la «navegación», de las labores de «capitanía». Es aquí donde debería determinarse lo importante y significativo para cada organización. Es ahí donde se juega la legitimidad de los objetivos de las administraciones públicas. Sin llenar ese espacio faltan criterios de consistencia para poder emprender una labor evaluadora seria. Sin carta de navegación, ni remar ni timonear tiene demasiado sentido, y el control de los controladores pierde significación. Desde la perspectiva de la evaluación, es evidente que en cada una de las casillas la preocupación será distinta, como distintas serán las aproximaciones y las herramientas a utilizar.

¿La «coyuntura»?

En estos momentos, lo que parece que está en juego es la propia capacidad del sistema institucional público para seguir asumiendo las funciones que se consideraban específicas e indiscutibles hace sólo unos años. El cambio tecnológico no es algo que podamos considerar como meramente instrumental o anecdótico, como si sólo se nos planteara hacer lo de siempre con nuevos instrumentos. Lo que está pasando es que todas aquellas instancias de intermediación que no aportan valor por sí mismas, están en riesgo de desaparecer o de ser profundamente erosionadas. Y ello tiene que ver, como sabemos, con agencias de viajes o enciclopedias, pero también con partidos, con instituciones políticas, con universidades u hospitales, por poner sólo algunos ejemplos. Y ese cambio provoca asimismo alteraciones muy importantes en

las capacidades fiscales de los estados en un mercado ya claramente globalizado y financiarizado.

El tema clave es la distancia entre las asunciones (en muchos casos, normativamente establecidas) de lo que le corresponde hacer a las administraciones públicas en materias de gran sensibilidad y significación social como sanidad y educación, y las que efectivamente puedan realizar dadas las constricciones fiscales en las que crecientemente operan. Dadas las dificultades para seguir «navegando», «timoneando» y «remando» como se hacía, los dilemas surgen a la hora de decidir qué cosas priorizar, qué aspectos descartar, o cómo y en qué casos establecer fórmulas mixtas de financiación. La falta de acuerdo de hacia dónde vamos, qué valores priorizar, qué efectos tienen esas prioridades en la obtención y gestión de recursos,... nos deja sin perspectiva, y muchas veces nos permite sólo gestionar la escasez sin replantearse el marco en que encuadrar las decisiones. En efecto, si aceptamos que la situación no es coyuntural sino estructural, entonces ya no nos funcionan escenarios de recorte lineal que puedan ayudar a sobrevivir en momentos difíciles, sino que es necesario acometer reflexiones más estratégicas. Y ello no resulta fácil en administraciones muy acostumbradas a resolver sus contradicciones y ambigüedades con presupuestos siempre incrementalistas.

La crisis global tiene características de *shock* para el sistema público en general y para el sistema sanitario en particular. Por un lado, restringe la capacidad de obtener recursos, por el otro aumenta la demanda en prestaciones y servicios de salud. Venimos, además, de una lógica por la cual casi siempre, toda demanda social acababa convirtiéndose en «necesidad pública», a fin de garantizar el mantenimiento de la legitimidad de unas administraciones que se presentaban básicamente como proveedoras de servicios. Todo ello hace mucho más difícil la labor ineludible de planificar inversiones, determinar presupuestos y comprar bienes y servicios, lo que dificulta sobremedida la capacidad de mantener niveles adecuados de atención sanitaria. Es por otro lado evidente que la restricción presupuestaria y la tensión para reducir prestaciones coincide con un momento en que las demandas de atención aumentan, aunque sólo sea por los efectos negativos que genera el desempleo de grandes agregados de población. Los recortes arbitrarios o los de carácter

lineal, tienen efectos contraproducentes a medio y largo plazo, ya que desestabilizan procesos, cortan prácticas que se venían desplegando, etc. Si no se hacen de manera adecuada y cautelosa, no reducen ineficiencias y pueden incluso contribuir a incrementar las constricciones fiscales.

En ese contexto de carácter no pasajero, el contar con sistemas de información potentes y generalmente aceptados, sin ser «milagroso», puede facilitar el detectar puntos de ineficiencia, pactar cambios, e informar adecuadamente los debates públicos sobre cómo responder al *shock*. Los debates sobre potenciales contribuciones ciudadanas a los costes, alternativas a ampliaciones de los tiempos de espera, el cierre de centros o la reestructuración de servicios hospitalarios, de hacerse sin evidencias comúnmente aceptadas, pueden generar conflictos más ideológicos que realistas, entendiéndose a pesar de ello que las variables políticas siempre están presentes.

La literatura especializada apunta a que en situaciones como las que atravesamos, es prioritario evitar la individualización de riesgos (*risk pooling*); favorecer las compras estratégicas, que incorporen mecanismos de rendición de cuentas, indicadores de calidad, análisis de opiniones de ciudadanos sobre calidad, etc.; análisis del uso de tecnología sanitaria con sistemas adecuados de monitoreo y de transparencia en uso; control y transparencia en las nuevas inversiones; medidas que favorezcan la reducción de efectos de las patologías; reducción de costes farmacéuticos incorporando estudios de coste-efectividad.

Y otras medidas de racionalidad en las prescripciones; medidas favorecedoras del uso de la atención ambulatoria, con integración-coordinación de atención primaria y secundaria; reducir costes administrativos sin debilitar capacidad de gestión; pensar en medidas fiscales que incrementen recursos; medidas contracíclicas que protejan el acceso de los más débiles; y todas aquellas medidas más allá de la política sanitaria que sabemos que mitigan problemas y evitan aumentos de demanda de prestaciones y servicios de salud. En todos estos campos parece imprescindible transparentar los *trade-off* presentes en cada decisión, ayudando a medir mejor los costes, los resultados y los sesgos ideológicos siempre presentes. Lo importante es no confundir objetivos, entendiéndose que reducir el déficit es sólo un paso necesario para seguir siendo capaces de incrementar el valor de la política de salud.

Decisiones y evidencias ¿Qué medir?

Parece claro por tanto que, si queremos afinar en cómo enfocar los cambios imprescindibles a llevar a cabo en las políticas de salud y en el sistema sanitario público, deberemos ante todo ser capaces de saber qué sucede en el sistema. Cuáles son las variables clave que nos explican cosas, y cuáles son los parámetros que pueden permitirnos decidir con mejor conocimiento de causa, con mejores evidencias.

Al mismo tiempo, hemos de ser conscientes de que no es lo mismo tomar decisiones desde una racionalidad estrictamente individual, que desde sistemas con racionalidades plurales y obligados a negociar y ponerse de acuerdo en qué es decisivo y qué no lo es tanto. La complejidad en el Sistema Público de Salud ha aumentado en la medida que nuestras sociedades se han hecho más complejas. Ello quiere decir, más heterogéneas en sus valores e intereses (lo cual hace más difícil hacer sumatorios que acumulen prioridades); por tanto, con más externalidades negativas y positivas en cada decisión a tomar (lo que anticipa coaliciones a favor y en contra, en cualquier circunstancia); con más conocimiento e información disponible (lo cual genera más incertezas, más «trozos» de ciencia a disposición para defender todo tipo de decisiones); y en escenarios menos propicios a zanjar debates por la vía de la jerarquía, de la autoridad llana y simplemente ejercida (lo que obliga a transar, a debatir, a convencer y negociar). Por eso hablamos de mayor complejidad.

Todo ello no impide seguir defendiendo que las evidencias son importantes a la hora de tomar decisiones, pero siendo conscientes de que tan importantes como las evidencias serán los argumentos que se deriven de esas evidencias, y la capacidad de persuadir de los distintos agentes en el proceso decisonal consiguiente.

Es evidente, entendemos, que «contar», es decir, cuantificar aspectos de la realidad, implica un cierto grado de «politización» o sesgo. Así, decidir qué aspectos de la realidad del sistema sanitario incorporamos como aspectos a tener en cuenta, ya es una opción de alguna manera política. No digamos el entender que a partir de esas cifras o evidencias, se pueden fijar umbrales de «buen funcionamiento» o de «mal funcionamiento», de «rectitud» o de «des-

viación». Frente a la ambigüedad de las cifras, ¿cuál es la interpretación correcta? En el fondo, en muchos casos, las cifras, las evidencias que se utilizan, forman parte de «relatos». Relatos que nos hablan de crisis, de recuperación, de exceso de gasto, de falta de recursos,... En ciertas ocasiones, ciertas evidencias, tal como se presentan, generan comunidades que se forman desde esa evidencia, por ejemplo los «ni-ni». Todos somos conscientes de que agregados de evidencia ayudan a generar marcos analíticos que condensan conceptos como «riqueza», «bienestar», «salud», «felicidad»..., que tienen perfiles muy ambiguos y discutibles. En definitiva, en muchos casos las evidencias, las cifras ayudan a legitimar decisiones que pretenden blindarse desde la «indiscutibilidad» de lo numérico.

Algunas evidencias en las prácticas de *audit and feedback* en los sistemas de salud, muestran que a pesar de buscar acuerdos plurales en la determinación de prioridades e indicadores, no siempre la obtención de datos y la medición de resultados, conlleva lo que intuitivamente uno esperaría, es decir la modificación significativa de las conductas de los profesionales implicados en el sistema de salud. Se obtienen cambios, pequeñas mejoras, pero no hasta el punto de considerarlo una palanca esencial de cambio. Es una condición necesaria pero no suficiente. Cuanto más alejada está la práctica de lo deseable, y cuanto más intensidad de *audit exite*, los resultados de mejora son sensiblemente más significativos. Así, cuantos menos datos estén disponibles y más fácil sea obtenerlos, o cuanto más alejada esté la práctica de lo esperable y más se valoren mejor aunque sean modestas, más se recomendaría avanzar en la provisión de datos y en la transparencia de los mismos. Lo importante, en cualquier caso, es incorporar en las rutinas de funcionamiento la transparencia de los datos y el debate de los mismos.

En el debate sobre qué medir, la literatura ha puesto de relieve las complejidades del uso de indicadores y los efectos contradictorios que pueden generarse. Se habla de los efectos de estrechez de miras que pueden generar al no coincidir exactamente los objetivos de la organización y las estrategias de medición; de la dificultad o déficit de representación que implica la simplificación que todo indicador o toda cifra puede transportar al confundir esa cuantificación con la descripción de una realidad mucho más compleja; los

potenciales déficits interpretativos que genere el no procesar o relacionar adecuadamente datos y situaciones; o el riesgo de «fossilización» que implica el hecho de contar con sistemas de información que no sean capaces de recoger las nuevas circunstancias que puedan surgir en la implementación de una política determinada. En este sentido, es importante buscar indicadores que sean significativos por sí mismos, y que incorporen suficiente complejidad interna para que sean relevantes. No puedo dejar de citar el usado por Eurocities para medir la calidad ambiental de las ciudades, en el que medía, entre otros indicadores, el porcentaje de niños y niñas que iban a pie a la escuela. Algo que, evidentemente, es significativo por sí mismo, y que además recoge temas como densidad urbana, seguridad en desplazamientos, modos de movilidad urbana y tantas otras cosas.

Evaluar

Quisiera incorporar aquí también algunos elementos más generales sobre la evaluación de políticas públicas, de tal manera que pueda servir al debate que se quiere favorecer. En efecto, si lo que nos interesa es examinar la eficacia de las organizaciones públicas, deberíamos poner atención en el tipo y la calidad de las interrelaciones entre esas organizaciones públicas y el exterior de las mismas, ya que si sólo nos dedicamos a examinar los componentes internos del funcionamiento de tales organizaciones, lo máximo que conseguiremos será avanzar en la evaluación de su eficiencia y del grado de cumplimiento de las previsiones procedimentales. Tenemos que ser conscientes que sin mecanismos potentes de rendición de cuentas la legitimidad de las administraciones públicas en general, y del sistema sanitario público en particular, no será posible, y ello deteriora la base misma de existencia de esas administraciones. Las administraciones públicas ostentan poder, tienen capacidad de acción, en tanto y en cuanto mantienen su capacidad de rendir cuentas, de ser *accountables* frente a la ciudadanía, de seguir siendo «legítimas».

Hace unas décadas las administraciones públicas estaban sometidas al escrutinio público desde una base o desde unos parámetros que respondían

esencialmente a la voluntad de evitar deslizamientos o abusos de poder. El énfasis se situaba en el impedir o reducir las posibilidades de tales excesos. Todo aquello que implicara apartarse del camino previsto, de lo definido previamente, era interpretado como una puerta abierta a posibles extralimitaciones. En estos momentos, junto con el mantenimiento de la demanda de evitar esos posibles abusos, existe una clara preocupación (expresada constitucionalmente en España por el artículo 9.2, y por su habilitación intervencionista^{*} para que las administraciones públicas sean eficaces, consigan resultados, trabajen para construir políticas que favorezcan la plena igualdad y libertad. El problema es que si bien en el primero de los supuestos (el más clásicamente liberal), el de evitar extralimitaciones en la acción pública, la estructuración y operacionalización de mecanismos de control se ha hecho sistemática y concienzudamente, no ha ocurrido lo mismo en el segundo de los campos mencionado (el que deriva de una lógica más socializadora). Y si no existen o no se han construido criterios claros de eficacia que recojan ambos supuestos, lo que ocurre es que existe información sesgada (estrictamente sobre la legalidad en la actuación administrativa), desorientación sobre si se sigue el camino constitucionalmente previsto, y no se reciben señales consistentes sobre los logros políticos y sociales conseguidos.

Los instrumentos de evaluación pueden ser usados como palancas de gobierno, con la condición de que esos instrumentos de evaluación sepan recoger la riqueza de matices y de perspectivas que toda acción de gobierno genera. Una de esas perspectivas es la legal. La que examina si la acción gubernamental se ha desarrollado según lo previsto por las previsiones legales al respecto. Pero deberíamos ser capaces de responder a otras preguntas. ¿Podría haberlo hecho de manera más eficiente y eficaz una organización no pública? ¿Se perderían con ello valores que no se recogen en un simple análisis coste-

* «Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social». Art. 9.2, Constitución Española 1978.

beneficio? Pero, asimismo, podríamos preguntarnos si la labor desempeñada responde a los parámetros corporativos y profesionales que están en la base de ese servicio o prestación. La calidad del servicio se calibra aquí no sólo en base a las previsiones normativas o a la relación coste-beneficio, sino en aquellos indicadores que el conjunto de profesionales de ese ámbito entiende como básicos para poder referirse al servicio como de calidad.

Parece poco «eficiente» tratar de reducir el debate sobre la evaluación de las administraciones públicas a un mero ejercicio técnico sobre cuáles son los indicadores oportunos, o cuál debería ser el órgano técnicamente más adecuado para realizar esa labor. No podemos pues reducir la complejidad de la actuación de los poderes públicos y su amplia gama de criterios sobre los que basar la calidad (y «calidez») de su actuación a un problema de traslación de las dinámicas que han funcionado y en parte siguen funcionando en el ámbito mercantil cuando se trata de evaluar su actuación. Hemos de trabajar en esa complejidad y pluralizar métodos y protagonismos.

En definitiva, el debate sobre el papel y los resultados de la acción pública no se sitúa hoy ya sólo en el *cómo* hacer las cosas, sino que exige contar con instrumentos que permitan responder a las preguntas de *qué* deben ocuparse los poderes públicos y de *quién* mejor puede ofrecer resultados eficaces y eficientes a esas demandas sociales canalizadas por esos poderes representativos.

¿Para qué evaluar?

Una organización puede querer hacer evaluación por motivos muy diversos. En cualquier caso, es conveniente tener siempre presente que la evaluación no es un fin en sí misma, sino un instrumento para la mejora de programas y políticas públicas. Por lo tanto, en nuestro caso concreto, la evaluación debería servir aquí y ahora para conocer más fondo el sistema sanitario público, y para mejorar sus aspectos de gestión y de funcionamiento, ayudando a su sostenibilidad y mejorando la implicación ciudadana en su mantenimiento.

A los meros efectos de debate, presentamos a continuación los propósitos más habituales que puede tener una evaluación:

- A) Ayudar a tomar una decisión. Hay evaluaciones que tienen una función instrumental muy directa: se trata de dar información relevante a una persona o unidad que debe tomar una decisión determinada, ya sea expandir un programa o recortarlo, reformarlo o dejarlo como está, introducir modificaciones correctivas en la implementación o seleccionar una versión de entre las varias con qué se está implementando un programa (por ejemplo, con servicios provistos directamente por la Administración Pública, en algunos lugares, y en concierto con entidades externas, en otros) o con componentes diferentes (con criterios diversos de selección de los participantes, diferentes tipos de entidad concertada, etc.). Este tipo de propósito suele requerir que la evaluación se dirija a cuestiones muy bien definidas, con unos criterios y un lenguaje determinados, y que los resultados estén disponibles antes de la fecha concreta en qué se debe tomar la decisión.
- B) Contribuir al aprendizaje de la organización. Hay autores de estudios sobre la evaluación de políticas públicas que destacan que el proceso de decisión en las organizaciones públicas (especialmente en referencia a las decisiones clave) raramente depende de la autoridad de una sola persona o unidad, sino que exige procesos de cambio y negociación que a menudo son largos. En consecuencia, la información y las recomendaciones de la evaluación a menudo no se utilizan inmediatamente. No es hasta que se abre una oportunidad para el cambio que el aprendizaje acumulado en la organización gradualmente permite orientar adecuadamente las decisiones. En este caso, el propósito de la evaluación puede ser la introducción de conceptos nuevos y alternativas nuevas, la comprobación de la veracidad de determinadas intuiciones y la detección de evidencias contra-intuitivas. La información que se derive de ello no se dirige a un decisor concreto, sino a la comunidad de actores de la política o el programa, y la capacidad de influencia de la evaluación depende, en buena parte, del hecho que la información se transmita, se acumule y se almacene adecuadamente hasta que surja la oportunidad de cambio.
- C) Utilizar la evaluación como instrumento de gestión. La gestión de políticas públicas a menudo debe luchar con la carencia de evidencias sistemáticas sobre el funcionamiento y el rendimiento de los programas, lo cual dificulta la detección, la enmienda y la prevención de errores, y también la tarea de identificar, motivar y recompensar los éxitos. En este sentido, la evaluación se puede emplear como parte de un instrumento de gestión, con las posibles aplicaciones siguientes:
- D) Rendición de cuentas a la ciudadanía. Vista la utilización de recursos públicos limitados por llevar a término intervenciones, es deseable y exigible que las organizaciones públicas que son responsables rindan cuentas a la ciudadanía sobre qué es lo que efectivamente consiguen con los recursos empleados. En circunstancias normales, las evaluaciones que tienen únicamente este propósito corren un cierto riesgo de caer en ritualismo, si se realizan de manera desconectada de las preocupaciones de gestores y decisores y son percibidas con un potencial de utilización escaso. Aun así, cuando el programa o la política se encuentran en un momento de escrutinio público intenso (porque una serie de acontecimientos ha hecho que se ponga en entredicho su efectividad), los resultados pueden facilitar la toma de decisiones para mejorar el programa y orientarlo a satisfacer las expectativas del público y los usuarios.
- E) Conocimiento básico sobre las políticas públicas. Hay evaluaciones, especialmente aquellas promovidas por instituciones académicas, que tienen el propósito de entender mejor el tipo de programa o el contexto que mejor funciona para poder cambiar las condiciones sociales. Ello permite construir y contrastar teorías en diferentes ámbitos de las políticas públicas, lo cual, de forma indirecta, puede contribuir a mejorar el diseño de programas.
- F) Cumplimiento de un requerimiento formal. Finalmente, la razón de ser de determinadas evaluaciones es dar cumplimiento a las condiciones de una subvención o de la normativa que regula el programa o la política pública. Este tipo de evaluaciones forzadas corren lógicamente un riesgo alto de irrelevancia, a no ser que la audiencia a quien van dirigidas (otras administraciones, órganos supervisores o legisladores) ejerza activamen-

te su función de control, o bien el que las promueva tenga la capacidad de conectarlas a las preocupaciones de gestores y decisores y aprovecha la oportunidad de la «evaluación obligada» para generar información con potencial de utilización.

¿Sirve para algo evaluar?

El tema de la utilidad, al que hemos ido aludiendo, es un tema importante. Las preguntas relevantes, desde mi punto de vista, serían hasta qué punto se aprende en los procesos de evaluación, y hasta qué punto este aprendizaje está luego realmente presente en las nuevas decisiones o políticas a impulsar. Y en este tema el *handicap* no es achacable a unas políticas públicas específicas, sino que es un problema general en el modo de operar habitual de las administraciones públicas. Simplemente porque los procesos de evaluación no están bien situados en la dinámica decisional de tales administraciones. Lo tradicional es que cuando el proceso de evaluación ha concluido, casi siempre los nuevos programas ya están en marcha. Y han tenido que ponerse en marcha debido a que las dinámicas políticas, presupuestarias y administrativas así lo exigían. Con lo cual la sensación general es que las evaluaciones acaban teniendo poca repercusión en los procesos decisionales. Ello no quiere decir que esas evaluaciones no tengan efecto alguno, o que sean inútiles o simplemente retóricas.

De ahí la importancia de los informes a medio proyecto, las reuniones de intercambio, de los debates sobre cómo incorporar de manera sistemática la evaluación en los procesos decisionales, etc. Pero, esa realidad menos formalizada debería exteriorizarse más, para evitar esa sensación general de desencaje entre dinámicas de evaluación y dinámicas de decisión. Dando valor y explicitando en los propios protocolos de decisión las «lecciones» aprendidas en anteriores fases. Al mismo tiempo, se debería andar con mucho cuidado para no acentuar los aspectos más burocráticos de la evaluación, para no dar la impresión de que no se da valor ni se tienen en cuenta aspectos señalados en las evaluaciones de políticas sociales que son más difícilmente cuantificables, menos tangibles, menos «indicadorizables» (si se acepta tal neologis-

mo). Ya que si no, se acentúa exclusivamente la necesidad que las «plantillas» se rellenen, que los números cuadren y que ello nos permita afrontar mejor el debate sobre recursos.

Un debate que, necesariamente, deberá buscar más complicidades y responsabilidades de la ciudadanía y del conjunto de actores implicados en la política sanitaria. La publicación de los resultados de los distintos centros sanitarios por parte del Observatorio de Salud de Cataluña¹, los debates ya conocidos de Oregón, el impulsado por la propia Fundación Víctor Grífols i Lucas sobre las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas², o las nuevas movilizaciones de las «mareas», desde perspectivas muy distintas, nos muestran la necesidad de mantener abiertas las ventanas, de romper las lógicas estrictamente corporativas, de discutir alternativas, y de decidir desde las evidencias siempre que sea posible. Sólo así podremos seguir defendiendo un sistema público de salud que no hay duda de que goza de un amplio apoyo social y que sigue siendo imprescindible para garantizar derechos y calidad de vida al conjunto de la ciudadanía.

Notas

1. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. *Cuarto informe de la Central de Resultados. Ámbito Hospitalario*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Julio de 2012. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Observatori-Salut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_quartinforme_2012.pdf>.
2. Camps, V.; López-Casasnovas, G.; Puyol, À., *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*. Informe de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2006. Disponible en: <http://www.fundaciongrifols.org/portal/es/2/7353/ctnt/DD10/_/_/cbx/04-Las-prestaciones-privadas-en-las-organizaciones-sanitarias-p%C5%93blicas.html>.

La prevención de la corrupción en los sistemas de gestión pública

Joan Turró

*Director general de la Fundación
Universitaria Balmes*

1. Introducción

En los últimos meses se ha instaurado en nuestra sociedad un tipo de pensamiento único que establece, casi como hecho indiscutible, la existencia de una corrupción generalizada en la gestión de diferentes servicios y actividades públicas. Los medios de comunicación reflejan diariamente muchas noticias relacionadas con esta cuestión, a menudo de forma casi compulsiva y apenas sin distinguir entre los casos que se encuentran en fases de instrucción previa de los que ya han sido juzgados o todavía están en pleno proceso judicial.

El poco moderno y ágil poder judicial que tenemos implantado en nuestro país, que posibilita que las partes implicadas puedan utilizar como herramienta de defensa la prolongación de los procesos, eterniza las diferentes fases judiciales de un mismo caso y multiplica extraordinariamente su impacto mediático. La consecuencia es que la población recibe permanentemente a través de los medios de comunicación noticias de casos de corrupción supuesta o real que afectan casi exclusivamente al sector público de nuestro país, generando, lógicamente, un gran descrédito de este sector y especialmente de la clase política dirigente.

Aunque sea evidente que en la mayoría de los casos de corrupción que actualmente se están viviendo en nuestra sociedad están también implicadas empresas privadas que los han posibilitado o que han participado, el debate y la preocupación ciudadana se centra fundamentalmente en la corrupción que se detecta en el ámbito del sector público y ello nos podría hacer pensar que la actividad privada está libre de esta lacra. Ciertamente, los casos de corrupción que se detectan en el sector estrictamente privado difícilmente se publicitan en los medios de comunicación. La mayoría de ellos se dirimen diariamente en los ámbitos jurisdiccionales competentes (laboral, civil o mercantil) sin que el gran público tenga conocimiento.

Por otro lado, en el sector estrictamente privado muchas prácticas de influencia o de condicionamiento de decisiones que afectan a terceros y que están ampliamente consideradas como prácticas normales en términos de la competencia que guía actividades estrictamente privadas, quedarían englobadas

en el ámbito del sector público en el concepto tan amplio como ambiguo de «corrupción».

Como consecuencia de esta sintética introducción, lo que se pretende desde esta ponencia es poner en valor la compleja realidad que envuelve el fenómeno de la corrupción en nuestro país intentado evitar quedar atrapados por esta ola de «pensamiento único» que afecta esta cuestión y que nos impide profundizar y discernir los hechos que se están viviendo en los términos objetivos de su importancia, de su evolución histórica, de la comparación público-privada y de las obligadas comparaciones de este mismo fenómeno en otros ámbitos internacionales.

Entiendo que el concepto de corrupción engloba contenidos distintos según se aplique a actividades propias del sector privado o del sector público. Es evidente que cuando se analizan incumplimientos legales por parte de profesionales o dirigentes de sectores empresariales privados no se les aplica la consideración de actos de corrupción a no ser que tales hechos impliquen la influencia y/o soborno de profesionales o políticos del sector público para conseguir actuaciones de estos en beneficio propio. Por tanto, es ciertamente muy difícil poder comparar el grado de «corrupción» que una determinada sociedad presenta entre su sector privado y su sector público, puesto que el mismo concepto presenta diferentes contenidos según el sector en que se aplique. Por ejemplo, poner la mano en la caja en beneficio propio difícilmente se considerará un acto de corrupción cuando afecta a una empresa privada, sino que simplemente se considerará un robo.

Por tanto, la tendencia más generalizada es centrar el concepto de corrupción en un conjunto de actuaciones que impliquen a los profesionales que trabajan en el sector público y la propia clase política, como por ejemplo aceptar sobornos, incumplir con plena voluntad y conocimiento la legislación vigente, favorecer injustificadamente familiares y amigos, decidir contrataciones a favor de terceros sin una concurrencia transparente y objetiva, otorgar información privilegiada, etc.

En cualquier caso, la cultura de la ética y el cumplimiento de la legislación afecta a todos los ciudadanos con independencia del sector en el que trabajan

y afecta también al ámbito de las estrictas relaciones personales. Esta cultura impregna toda la sociedad y forma parte del talante básico de los ciudadanos y se forma y evoluciona a través de la historia. De la historia compartida y también de las distintas historias familiares, de determinados clanes, grupos sociales, etc.

En los últimos años parece bastante evidente que la ciudadanía de nuestro país y de la mayoría de países que conforman el mundo occidental, ha evolucionado hacia una mayor exigencia de comportamientos éticos y legales, especialmente en lo que se refiere a servidores públicos, y todavía mantiene una mayor tolerancia hacia las actividades estrictamente privadas.

Llegados a este punto de la reflexión, esta ponencia pretende sugerir un conjunto de líneas de actuación que puedan impulsar la cultura de los comportamientos éticos y legales en las organizaciones y en las actividades que giran en torno al sector público. Las líneas de actuación que se apuntan a continuación son fruto de la propia experiencia y reflexión durante una larga trayectoria profesional en este ámbito, y también de una profunda filosofía personal que ha orientado mi vida.

Asimismo, permitidme una última reflexión introductoria. Una parte muy importante de los llamados casos de corrupción que nuestro país está viviendo en los últimos años tiene su origen en la financiación ilegal y no transparente de los partidos políticos parlamentarios y de varios ámbitos y niveles del gobierno. Esta afirmación es ampliamente aceptada por la gran mayoría de los ciudadanos de nuestro país, pero salvo esta circunstancia, el modelo no se modifica. Parece una evidencia absoluta que difícilmente podremos avanzar mucho sin la implantación de mejoras de los comportamientos éticos y legales de nuestra sociedad si los responsables de redactar y aprobar las leyes que nos regulan no procuran cumplirlas cuando se trata de financiar sus propias organizaciones. Esta es una cuestión básica. El liderazgo ético sólo es posible desde la propia ética. La exigencia del cumplimiento de la legalidad por parte de los ciudadanos, requiere que nuestra clase política resuelva definitivamente esta gran contradicción.

2. Líneas de actuación

2.1. El liderazgo ético institucional desde la ética personal

Las organizaciones públicas, así como todo el entramado de instituciones que en mayor o menor grado reciben recursos del presupuesto público, deberían apostar decididamente por incorporar como uno de sus principales objetivos estratégicos la ética y la transparencia en todas sus actuaciones y en el comportamiento de todos sus componentes. Esta afirmación podría ser considerada innecesaria en una sociedad más avanzada que la nuestra en los comportamientos morales de las instituciones públicas, pero por sorprendente que pueda parecer, en nuestro país todavía hoy existen muy pocas instituciones públicas que sitúen públicamente la opción de la ética como uno de sus principales ejes estratégicos.

Esta opción estratégica para la ética hay que liderarla desde la primera instancia del gobierno de la entidad, y por ello es imprescindible que las personas que asumen este primer nivel de responsabilidad aparezcan, a título individual, como garantes de estos comportamientos éticos. La filosofía de la ética es bien fácil de predicar, pero lo que realmente impacta es percibir que los primeros dirigentes de las organizaciones mantienen permanentemente posturas éticas y honestas en todos sus comportamientos:

- Predican con el ejemplo personal
- Apuestan por la simplicidad de las estructuras de apoyo
- Tienen un especial cuidado en los gastos de representación
- Hacen un uso extraordinariamente cuidadoso de las tarjetas de crédito, de los coches oficiales, de las tarifas de lujo en los desplazamientos, etc.

Estas opciones no tienen ciertamente gran impacto presupuestario, pero impactan enormemente en la cultura de la organización. Los canales informales de comunicación están extraordinariamente atentos a estos comportamientos de los primeros directivos de cada institución. Los privilegios que se

auto-otorga un directivo o que aplica a uno de sus amigos son rápidamente considerados como un agravio colectivo a toda la organización.

Transformar la ética en una de las principales opciones estratégicas conlleva programar un conjunto de actuaciones y cuidar su evaluación periódica. Y sin ninguna duda, una de las principales actuaciones en este ámbito sería implantar una amplia cultura de la transparencia en la actuación de los distintos niveles y ámbitos de la organización. La transparencia conlleva hoy una decidida apuesta por la digitalización de la información, por la automatización de las relaciones entre las bases de datos corporativas y los portales digitales, los web, las redes sociales, etc.

Una verdadera institución transparente es aquella que se dota de sistemas que se anticipan a la demanda de información. Es aquella que transforma en un hecho cotidiano y constante poner los elementos básicos de todas sus actuaciones al alcance de todos.

2.2. Establecer los principios éticos que deben guiar el comportamiento del personal de una institución

En una sociedad poco acostumbrada a debatir en el seno de las instituciones y empresas los principios éticos que deben regir el comportamiento de los dirigentes y del personal que los conforma, el hecho de proclamarlos explícitamente y de concretar su aplicación puede conllevar un gran valor. En este sentido, el hecho de elaborar los llamados códigos éticos y publicitarlos tanto por su conocimiento interno como externo, posibilita comprometer explícitamente a toda la organización en su cumplimiento. Es recomendable que estos documentos no se limiten a la declaración genérica de los principios éticos, sino que se propongan también concretar al máximo posible las normas de comportamiento que se suponen adecuadas con estos principios.

Así, la concreción de las tipologías de gastos que se consideren suntuarias, la tipología de obsequios que no pueden ser aceptados ni por los dirigentes ni

por el personal de la organización, los límites que no deben superar los llamados gastos de representación, etc., tienen, con toda seguridad, un gran valor de acompañamiento de las actuaciones individuales y ayudan a superar las presiones más o menos sutiles que terceras personas pueden ejercer para intentar condicionar algunas decisiones que pueden serles de utilidad. Algunas entidades, por ejemplo, incluso establecen, en este ámbito, que se registren los obsequios recibidos antes de su devolución.

Cada sector de actividad presenta sus propias peculiaridades, que deberán ser analizadas según lo que representen en el propio ámbito e incorporadas en el correspondiente código ético, previo debate interno, y a ser posible con un amplio consenso institucional.

La existencia de los códigos éticos, o equivalentes, posibilita también desarrollar actividades formativas y valorativas de forma periódica, dirigidas tanto a la plantilla de nuevo acceso como al personal y a los directivos ya consolidados.

2.3. Potenciar la distinción de los roles asignados a los órganos de gobierno y a los de dirección

Esta es una cuestión básica no sólo para evitar o dificultar las prácticas corruptas en el seno de las instituciones, sino también y especialmente para generar un modelo de gobernanza que impulse la eficiencia.

Lógicamente los órganos de gobierno asumen las máximas competencias en la definición y aprobación de líneas estratégicas a medio y largo plazo y aprueban año tras año los correspondientes estados presupuestarios y los proyectos de presupuesto al inicio de cada ejercicio. El buen funcionamiento de estos órganos es un elemento clave. En este sentido, creo que es imprescindible que el liderazgo de estos órganos no se asuma desde las direcciones generales profesionales, ya que esto conlleva una confusión de roles que invalida en gran medida el sentido básico de los órganos de gobierno.

En general, en nuestro país los órganos de gobierno de los organismos públicos tienden a ser excesivamente protocolarios y poco comprometidos. Se

trata de sus propias composiciones, que en general no son las más adecuadas. Muy a menudo, su presidencia o no asume ningún liderazgo salvo de moderar reuniones, o no está tan comprometida en la gestión diaria que invalida la propia distinción entre las funciones de gobierno y las de dirección.

Para liderar un órgano de gobierno es imprescindible una cierta dedicación y un profundo conocimiento del funcionamiento de la institución. El liderazgo de las líneas estratégicas requiere muchas tareas de análisis y de proyección que el día a día de las direcciones ejecutivas impide o no permite que se les preste la atención requerida.

La composición de estos órganos de gobierno es un factor clave previo a su propio funcionamiento. Las personas llamadas a participar deberían serlo fundamentalmente por su competencia y no tanto por su representación, y la voluntad de dedicación y el compromiso con la institución deberían orientar también la selección de sus miembros.

La estructura de funcionamiento de estos órganos de gobierno también es un factor clave. La creación de unas determinadas comisiones específicas lideradas por algunos miembros del propio plenario permite enriquecer las reuniones plenarias y profundizar en los temas estratégicos clave de las instituciones. La creación de una comisión permanente compartida con la presidencia del órgano máximo de gobierno, permite hacer un seguimiento estricto del funcionamiento de la institución.

Las direcciones generales ejecutivas, según mi criterio, no deberían formar parte de estos órganos de gobierno ni deberían liderarlos. Pero pueden participar activamente con voz y sin voto, someterse periódicamente a la evaluación y garantizarles información veraz y actualizada de las actividades de la organización.

Desde el punto de vista de la implantación de una cultura basada en la ética, es imprescindible establecer unos adecuados enlaces entre las figuras que asumen las máximas responsabilidades estratégicas y las direcciones ejecutivas. Las firmas conjuntas o sus equivalentes, pueden jugar un papel clave en los temas más conflictivos, como son los contratos, la concesión de subvenciones, las retribuciones, etc.

Finalmente, pongo en consideración la necesidad de dotar a las presidencias de los órganos de gobierno de un cierto apoyo profesional de primer nivel, como las figuras de secretarios generales o la de adjuntos a la presidencia.

2.4. Recuperar la cultura de la legalidad y no contrarrestarla con la de la eficiencia y la eficacia

En los últimos años se ha instaurado la opinión generalizada en los gestores del sector público, que el cumplimiento riguroso de los procedimientos y plazos que se establecen en las normativas que regulan la contratación pública dificultan en gran medida la eficiencia de las instituciones públicas. Muy a menudo esta misma opinión se complementa explicitando las excelencias que se supone que goza la gestión privada en estas mismas cuestiones.

Lamentablemente, mi experiencia personal me permite afirmar que la mayor parte de los profesionales que expresan estas opiniones han desarrollado toda su carrera profesional en el sector público y, por lo tanto, no conocen en realidad el funcionamiento efectivo del sector privado. También hay que tener presente que el propio concepto del sector privado engloba un tejido tan grande de actividades y de tipologías de empresas que difícilmente permite una comparación con el sector público de forma tan generalizada. En cualquier caso, las corporaciones privadas y las grandes empresas se han dotado en los últimos años de normas y protocolos de funcionamiento que limitan en gran medida la capacidad de los directivos para poder proceder a contratar recursos o formalizar acuerdos con terceros sin utilizar estructuras y procedimientos colegiados y no siempre excesivamente ágiles. El modelo falsamente idealizado desde el sector público que se imagina el directivo del sector privado tomando decisiones individualmente y en tiempo real se parece cada vez más a una parodia.

Es imprescindible abandonar este falso discurso y restablecer la cultura del cumplimiento de la legislación vigente haciéndolo compatible con la efi-

ciencia directiva. La actual normativa de contratación pública, homologada con la normativa europea y, por tanto, muy distinta de la que utilizan el resto de los países europeos, contempla muchas fórmulas de contraste de ofertas y de procedimientos de convocatorias de concursos que difícilmente se puede afirmar que son un impedimento para la eficiencia. Ciertamente, la eficiencia y el cumplimiento de las normativas vigentes exigen una dirección capaz de planificar sus actuaciones y evitar las constantes imprevisiones.

Las normas públicas de contratación exigen un alto nivel de transparencia y conllevan abdicar de decisiones de carácter individual, características que facilitan la eficiencia de las decisiones.

La eficiencia directiva conlleva poder utilizar fórmulas compartidas entre varias instituciones, como las centrales de compras o los concursos de homogenización de productos y de condiciones de compra, también recogidas en la legislación vigente.

Basta, pues, de criticar la formulación jurídica de la contratación pública. Todo lo contrario: es imprescindible que los primeros directivos profesionales de nuestras organizaciones públicas hagan alarde de su cumplimiento y las compatibilicen con su buen hacer, con la eficiencia de su gestión.

En este marco de la contratación pública es muy importante, también, asignar y respetar cuidadosamente los diferentes roles que se prevén en los procedimientos establecidos. Los informes de los equipos técnicos deben ser realmente independientes. Las unidades administrativas de contratación deben poder valorar sin ningún tipo de presión el estricto cumplimiento de los requisitos de acceso a cada convocatoria. Y las comisiones decisorias deben poder ejercer sus funciones con la máxima transparencia y rigor.

La reconocida «soledad de los directivos» conlleva, en el caso de la contratación, saber mantener una distancia importante con las empresas interesadas en las convocatorias, ya que las precisiones por incidir en el proceso a menudo adoptan formas muy sutiles e inteligentes. Establecer unos códigos de comportamiento y transparentar los contactos con las empresas es, sin ninguna duda, un buen consejo.

2.5. Los roles de los profesionales en el seno de las entidades públicas

Una de las características que distinguen el funcionamiento de las entidades públicas en relación con las empresas del sector privado, es sin ninguna duda el mecanismo de selección y de permanencia de los directivos de primer nivel. En el caso de las entidades públicas, la selección no está necesariamente guiada por la competencia demostrada por el currículum de la persona seleccionada, y su permanencia tampoco suele tener necesariamente relación con la eficacia demostrada. Este hecho condiciona en gran medida el funcionamiento de estas instituciones y se recomienda, tal como es práctica habitual en muchos países de nuestro entorno, asignar el control de la legalidad y el control presupuestario a profesionales estables y con competencia para desarrollar esta actividad.

Esta cuestión ha sido ampliamente debatida en los últimos años en nuestro país, con excesiva tendencia a disminuir el rol de estos profesionales en beneficio de las funciones estrictamente políticas. Ciertamente, la cultura tradicional dominante de los profesionales del sector público que han ejercido estas funciones de control posiblemente ha estado a menudo demasiado lejos de los objetivos de eficiencia que muchos cargos electos buscaban, y esto ha podido justificar la marginación de algunos de estos profesionales en beneficio de politizar sus funciones. En cualquier caso, a mi entender, es imprescindible para el buen funcionamiento de nuestro sector público, y especialmente para garantizar el control de su actividad y el cumplimiento de la legalidad en todas sus actuaciones, recuperar estas figuras con fuerza, independencia, y con responsabilidades claramente asignadas. El modelo que pueda utilizarse para su contratación, a mi entender, no debe ser necesariamente el funcional o el de cuerpos estatales, como ha venido siendo tradicionalmente, ya que el modelo laboral permite una selección por currículum y por competencias demostradas. Lo que es verdaderamente importante es reconocer unas claras funciones de responsabilidad para estas figuras, y que, ejercidas con independencia, se complementen con las responsabilidades políticas.

Esta estructura dual de responsabilidades en el día a día de las instituciones públicas representa por sí sola un claro mecanismo de prevención de prácticas claramente ilegales o de más o menos nivel de corrupción. Esta dualidad

de responsabilidades conlleva necesariamente una adecuada asignación de firmas compartidas entre estos dos niveles diferenciados de responsabilidad.

2.6. Potenciar las unidades de auditoría interna y regular la dependencia

La consolidación de las auditorías externas en el conjunto de entidades que dependen parcial o totalmente del sector público es un hecho innegable, pero hay que ser consciente de que dichas auditorías tienen como objetivo básico garantizar la fiabilidad de los estados patrimoniales y de las cuentas de resultados, pero difícilmente puedan garantizar el cumplimiento de la legalidad vigente en cada uno de los procedimientos contractuales que haya realizado la entidad y el seguimiento de las normas éticas por parte de sus directivos y del personal. Para poder garantizar estos objetivos es imprescindible disponer de unidades complementarias de auditorías internas que asuman esta función en el día a día de la entidad.

Estas unidades, que no requieren una estructura excesiva, deben estar claramente reconocidas en el seno de las instituciones y deben actuar con un plan preestablecido a la vez que deben poder recibir encargos de valoración por parte de los primeros niveles de la dirección. Esta es una cuestión muy importante que condiciona la eficiencia. Su dependencia debe ser o bien la dirección general o bien directamente de la máxima dirección del órgano de gobierno. Se trata, sin embargo, de no malbaratar recursos creando dobles estructuras y, por tanto, mi opinión es que estos órganos de control interno pueden tener doble transparencia. En cualquier caso, es imprescindible que reporten directamente a cada uno de los dos máximos responsables de la entidad, la presidencia del órgano de gobierno y la dirección general de la entidad.

Estas unidades deben focalizar su actuación en el control *a posteriori* de las actuaciones, ya que lo contrario sería equivalente a reinstaurar las intervenciones previas, que según mi criterio personal tienden a restar capacidad y eficiencia directiva a las organizaciones. En sus informes deben ser transparentes en el seno de la organización y tengo mi propio criterio respecto a la conveniencia de transparentarlos también a nivel externo. En cualquier caso,

es muy importante crear la cultura interna de la importancia de la actuación de estas unidades y, por tanto, sus informes negativos deben tener consecuencias inmediatas de corrección y/o exigencia de responsabilidades.

2.7. Incorporar sistemas informáticos de control permanente de las actuaciones

Los actuales sistemas informáticos de gestión permiten compartir y cruzar la información de una importante base de datos del conjunto de las actuaciones que lleva a cabo una determinada entidad. Algunas empresas privadas bien organizadas incorporan sofisticados programas de control de este conjunto de actividades para poder identificar posibles actuaciones irregulares. Se trata de identificar las operaciones habituales que se llevan a cabo y que pueden ser objeto de irregularidades de carácter jurídico o económico y establecer, para cada una de ellas, un sistema de alarmas automáticas que pueden dar pie a iniciar una investigación más precisa.

El sistema financiero, por ejemplo, presenta un riesgo muy importante en el mal uso que los empleados pueden hacer de la información que contienen las cuentas corrientes. En este caso se establecen registros de todas las consultas y se automatizan seguimientos posteriores para determinar si estas operaciones determinan o no otras operaciones ordenadas por los propios clientes. En caso contrario, y a partir de un cierto nivel de consultas injustificadas, se procede al inicio de un expediente no transparente a partir del cual se determina la normalidad o no de las consultas realizadas.

En el sector sanitario, donde el rigor en el cumplimiento de los criterios establecidos por la administración de las listas de espera puede considerarse una cuestión de alta sensibilidad, nada impide establecer unos registros de las modificaciones que no sigan estos criterios y proceder a analizarlos con más detenimiento.

En el ámbito de las nóminas del personal de una determinada institución, estos sistemas de control pueden poner de relieve aquellas retribuciones que presenten modificaciones atípicas, así como en los consumos, en las dietas y en las compras de bienes y de servicios, etc.

**Aportaciones de
los profesionales**

Josep M^a Busquets

Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya

La transparencia es una de las cualidades que confiere moralidad a los actos de las instituciones y de las personas. Kant dice al final de su obra *Sobre la paz perpetua*¹ que «son injustas todas las acciones que se refieren al derecho de otros hombres cuyos principios no soportan ser publicados». Por lo tanto, aquello que afecta a los demás y se hace sin transparencia es un acto moralmente condenable. Los ciudadanos tienen derecho a conocer con detalles suficientes las situaciones sanitarias que suponen un peligro o amenaza para su vida o la de otros y también a conocer cómo las personas que tienen la responsabilidad de distribuir los recursos para hacerle frente, lo hacen. Hay que motivar y explicar detalladamente que se pida cómo se gasta el dinero público y qué criterios se utilizan para establecer prioridades. Las organizaciones sanitarias también tienen el deber de dar a conocer de forma razonada las medidas que se han tomado para dar respuesta a un problema sanitario que ha surgido de manera no prevista —un brote epidémico, una demanda social amplia o un problema cuando surge, y los costes que ha supuesto. La legitimidad democrática que otorgan las urnas tampoco puede ser la única razón para actuar sin dar explicaciones, sobre todo si lo que pretendemos es conseguir comportamientos solidarios y responsables.

En el momento de informar, la transparencia se ha de fundamentar en otro de los principios básicos de la ética, la veracidad. Aunque tanto la veracidad como la objetividad, la mayoría de las veces tienen que entenderse más como un desiderátum que como un objetivo alcanzable, es necesario intentar ser diligentes en la búsqueda de la verdad, teniendo en cuenta que decir la verdad no es solamente transmitir fielmente hechos y datos, sino profundizar en el conocimiento de situaciones y contextos y ayudar a hacerlos comprensibles.

En un documento elaborado por el Comité de Bioética de Cataluña (CBC) el año 2004, *Consideraciones éticas entorno a la información sanitaria*², se hacen algunas observaciones a tener en cuenta para salvaguardar este principio de transparencia. Se recuerda que:

- Hay que distinguir claramente los hechos objetivables de las interpretaciones y de las opiniones, y evitar cualquier confusión o distorsión deliberada de ambas.
- Siempre hay que hacer constar la procedencia de los datos.
- Aquellas informaciones que se haya comprobado que eran falsas o sesgadas, se tienen que rectificar.
- Si existen intereses que vinculen o motiven la información, se han de declarar.
- Hay que mencionar la institución a la que pertenece el informador y el cargo que ocupa.
- También hay que fomentar, por parte de las instituciones, la publicación de los estudios que informen sobre el resultado negativo de las investigaciones y denunciar si existen las posibles cláusulas de confidencialidad parcial sobre el resultado de investigaciones establecidas con financiadores privados.
- Hay que garantizar la confidencialidad y el tratamiento de las informaciones obtenidas extraoficialmente por parte de los profesionales de la comunicación. Si el periodista valora que el silencio no está justificado y supone un grave peligro para las personas prevalecerá el deber de beneficiar a estas personas. Hay que tener presente, además, los límites éticos para forzar la demanda de información a los trabajadores de las instituciones.

Los gabinetes de comunicación de los organismos públicos y privados y del conjunto de las empresas sanitarias, cada vez tienen mayor relevancia e influencia en lo que comunican a los medios. El umbral entre lo que es información y lo que es publicidad muchas veces se traspasa. La salud vende y es un tema que, con alarmas o indignaciones, descubrimientos y avances prodigiosos —que a la hora de la verdad no lo son tanto—, llena muchas cabeceras de informativos. En un mismo día se pueden mostrar las diferentes caras de

una situación, todas llenas de su verdad, y aunque no estén mínimamente contrastadas, no pasa nada. Sin embargo, la credibilidad disminuye progresivamente a causa de esta transparencia tan mal entendida.

Por este motivo, en el mismo informe del CBC se recomienda «fomentar la responsabilidad para con los ciudadanos por parte de los medios de comunicación, porque las informaciones no responden solamente a las demandas del público sino también a las ofertas que se generan entre los investigadores, los diferentes agentes de los sistemas y los medios de comunicación. El público no es una masa amorfa; son personas sanas, enfermas, familiares, cuidadores, asociaciones que los agrupan, etc.; es decir, todos los ciudadanos que viven el deseo impetuoso de conocimiento, de los avances biológicos y médicos en una mezcla de esperanza admirativa e inquietud crítica. El estado de enfermedad o riesgo de sufrirla supone una mayor susceptibilidad de distorsionar la información, de ver más expectativas o peligros de los reales. Es preciso que los profesionales de la información no se aprovechen de esta debilidad que éticamente es reprochable».

¿Cómo se puede ayudar a que el paciente actúe de manera responsable con su propia salud si el mensaje que recibe sobre lo que le conviene está tan mediatizado por distintos intereses? O, ¿cómo se pueden comprender las razones que hay detrás de las medidas adoptadas para racionalizar la asistencia? En un entorno donde la libertad de expresión va tan ligada a la libertad empresarial, las autoridades públicas o las agencias donde se deleguen competencias deberían ganarse el crédito suficiente para ser reconocidos como garantes de los intereses de los ciudadanos y generadores de información objetiva, útil, contrastada que rehuye el fraude y el engaño. Frente a la información que generan los bancos de sangre de cordón umbilical privados o los laboratorios que ofrecen predicciones de salud en base a análisis genéticos como si fueran bolas de cristal, hay que empoderar al ciudadano con información rigurosa para que libremente tome la que es la mejor opción para él. La información más transparente y amplia puede ayudar así a adoptar una actitud más responsable.

Notas

1. Kant, I. *Sobre la paz perpetua*. 6ª. ed., Madrid: Tecnos, 1998. Colección Clásicos del pensamiento, p. 61-62.
2. Dirección General de Recursos Sanitarios, *Consideraciones éticas en torno a la información sanitaria*. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2004. Disponible en: <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/repositori_conectiques01.pdf>.

Catiana Cabrer

Directora de Barnaclínic

Transparencia y evaluación en el cambio de época, potencialidad y límites

Es necesario un sistema sanitario actualizado que se adapte a las nuevas necesidades médico-asistenciales y a la demanda social, veraz y transparente. Hoy nos encontramos en los hospitales a pacientes mejor informados de sus dolencias, y capaces de decidir y de implicarse con el médico que les atiende para personalizar su enfermedad y seleccionar el mejor tratamiento, aquél que les garantiza mejores resultados, esto es, prolongación de la vida con buena calidad.

La comunicación y la información son fundamentales en una sociedad que busca el bienestar social y la igualdad y equidad en el acceso a ser atendido en un centro médico, tanto a nivel ambulatorio como en áreas de hospitalización. Pero la pregunta es: ¿La información que recibe la sociedad es del todo transparente? Bajo mi punto de vista la respuesta es evidente: NO. La información que ofrece la Administración es una información elaborada en forma de relato, por supuesto sesgada y matizada para que sea percibida muy positivamente por los receptores y que a la vez sea capaz de convencer de que se está gestionando bien.

Sabemos que hoy los recursos económicos son muy bajos en sanidad, que la demanda supera la oferta, pero: ¿Tenemos la suficiente información como para conocer cómo se han gestionado estos recursos? ¿Se han gestionado con eficacia y eficiencia? ¿Sabemos cómo se han gastado y cuáles han sido las prioridades?

La sociedad debe saber y conocer quién lo hace bien y quién lo hace mal. No es justo que los resultados estén todos en el mismo saco, ni los económicos ni los asistenciales. Existe lo que se conoce como marcadores, que permiten medir los resultados para así poder compararlos entre hospitales y centros de atención primaria, de tal manera que un ciudadano tenga el conocimiento de

la experiencia y resultados de los diferentes equipos profesionales y pueda decidir su opción.

Pero, ¿de verdad estamos convencidos de que la Administración es capaz de dar toda esta información de forma transparente, o le interesa más ofrecerla al ciudadano de una forma difuminada, mezclando los buenos y los malos resultados sin hacer evidentes las responsabilidades?

La transparencia y los sistemas de prevención de la corrupción

La opinión actual de la sociedad es que toda la administración es corrupta. No se trata de una opinión personal sino más bien de una opinión generalizada. Ciertamente son muchos los casos que circulan en los medios de comunicación de casos de corrupción: caso Bárcenas, caso Palma Arena, caso Palau, trama Gürtel... Se trata de acciones premeditadas y bien preparadas para el lucro de unos cuantos privilegiados en detrimento de la situación económico-social.

Debería ser una práctica habitual elaborar y cumplir los códigos de buena conducta y práctica para cualquier ciudadano, independientemente de dónde ejerza su oficio, pero tiene más trascendencia cuando se ocupa un cargo público.

Algunos ejemplos de poca eficiencia pueden darse en los casos de trasplante de órganos. En una autonomía no es lógico que se lleven a cabo los trasplantes de órganos en varios hospitales. La explicación la encontramos en el propio proceso del trasplante.

Dado que las donaciones de órganos de cadáver no son programables, los equipos de trasplante tienen que estar de guardia localizada. Lo normal sería que esto sucediera en un sólo hospital de una misma autonomía y no en varios hospitales al mismo tiempo, porque los costes se acrecientan mucho. Por el sólo hecho de tener un equipo de guardia localizado, el hospital soporta un enorme gasto, independientemente del número de trasplantes que realice.

Por otra parte, la *expertise* se adquiere haciendo un número constante de trasplantes por año, sea el órgano que sea. Por lo tanto, en un hospital que trasplante poco, los resultados no serán los deseados, especialmente si los comparamos con otro que hace un número importante de trasplantes. Así pues, considero que sería recomendable acreditar sólo a determinados hospitales para hacer trasplante y que en cualquier caso, para ser justo con estos hospitales, se distribuyeran de un modo equitativo los diferentes programas de trasplante de órganos que se llevan a cabo en una determinada comunidad.

Manel del Castillo

Gerente del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

La atención sanitaria moderna ha evolucionado de la medicina basada en la experiencia, a la práctica basada en la evidencia. Es decir, ha pasado a actuar en base a los resultados científicos (evaluación) que han sido reportados en foros profesionales (transparencia).

En los momentos actuales de restricción económica, la evaluación deviene más importante que nunca. Cada decisión que comporta un gasto, conlleva que se están asignando unos recursos limitados a algo y por lo tanto se está dejando de priorizar otras actividades. Este hecho, que es una constante en cualquier entorno público, se hace ahora más evidente tanto para profesionales como para pacientes, y provoca una mayor aceptación.

La transparencia y evaluación en el sector sanitario puede tener objetivos diferentes:

1. Rendición de cuentas: más importante que nunca en un momento como el actual, en el cual se ha pasado de un entorno de incrementalismo a uno de austeridad. Los ciudadanos y los profesionales exigen más que nunca conocer en qué y cómo se gastan los recursos públicos.
2. Gestión. Es necesario evaluar para una toma de decisiones motivada tanto a nivel de macrogestión como a nivel de microgestión.
3. *Benchmarking*. Es una práctica consolidada en el sector sanitario. La experiencia de los TOP 20, ha generado durante años dinámicas de mejora entre centros a partir de la comparación de resultados.
4. Toma de decisiones del ciudadano. Los pacientes son cada vez más conocedores y activos respecto de sus patologías y exigen conocer resultados para poder elegir y comparar entre diferentes centros y profesionales.

Esos son los cuatro principales objetivos de la evaluación en el entorno sanitario y todos ellos adquieren cada vez más importancia. No obstante, hemos de ser conscientes de los «efectos secundarios» que pueden tener las políticas de evaluación si no se desarrollan en el entorno adecuado.

- La rendición de cuentas es utilizada con frecuencia en la batalla política para descalificar al adversario. Los informes de la intervención en los que a menudo se describen diferencias de evaluación sobre el cumplimiento de las normas, algunas veces se interpretan como «graves irregularidades...», aireados en la prensa y utilizados no con ánimo de rendir cuentas, sino como herramienta política, generando más confusión que transparencia
- La utilización de modelos evaluativos para la toma de decisiones en gestión se traduce en ocasiones en un listado de indicadores ligados a la percepción de incentivos económicos. Existe ya evidencia de que las experiencias de *pay per performance* en la atención primaria británica han generado la mejora de los indicadores que son objeto de medida, pero han dado resultados negativos en el resto de la práctica clínica que no está sujeta a escrutinio. En nuestro medio, el pago de incentivos en base a indicadores de rendimiento ha generado también una gran variedad de escenarios no siempre positivos.
- La utilización teórica de los datos para que el ciudadano pueda elegir choca en ocasiones que las rigideces del sistema. Los sistemas nacionales de salud, como el existente en España, se basan en la planificación de recursos, por lo que la libre elección está necesariamente limitada. Por tanto, la publicación de depende qué tipo de indicadores puede generar incertidumbre e intranquilidad si no van acompañados de una real capacidad de elección de profesional y centro sanitario.

Los sistemas de evaluación y transparencia podrían ser utilizados como palanca de cambio en momentos como los actuales que requieren la incorporación de reformas estructurales. Por ejemplo, se echa de menos a la hora de hablar de externalización de la gestión de centros sanitarios, una evaluación sobre las experiencias ya existentes en la comunidad valenciana (modelo Alzira). El cierre de puntos de atención continuada debería también realizarse en base a criterios de utilización y eficiencia y no sólo en base a influencias políticas o sentencias judiciales. La incorporación de nuevos tratamientos o nuevas tecnologías requiere análisis de coste beneficio realizados por las agencias de evaluación y que tengan carácter ejecutivo. Es decir, existen múl-

tiples ámbitos en los que la evaluación es cada vez más necesaria pero que no siempre es utilizada.

En definitiva, la evaluación y la transparencia no pueden ser elementos que puedan ponerse en marcha de forma aislada siguiendo simplemente la moda o las tendencias de otros países. Su correcta utilización requiere altas dosis de madurez tanto de los sistemas sanitarios como de los ciudadanos. Mientras esto no sea así, generan en ocasiones un ruido excesivo, pero sin duda pueden contribuir a la mejora de los sistemas actuando como palancas de cambio.

Marc de Semir

Periodista científico. Delegado en Cataluña de la Asociación Nacional de Informadores de Salud y Director de Comunicación de la Universidad de Vic

Los medios de comunicación y redes sociales como garantes de la transparencia en el sistema sanitario

«Alianza por la Libertad de Expresión rechaza la opacidad y la ausencia de información sobre la salud del Presidente de la República Hugo Chávez». Es el titular de un manifiesto hecho público el 18 enero de 2013 que demuestra la trascendencia que puede llegar a tener una información relacionada con la salud, en este caso de las personas, en el futuro de un país en el ámbito político, económico y social. Es sólo un ejemplo y seguramente extremo pero sirve para ilustrar el inicio de este capítulo dedicado al papel clave de los medios de comunicación y las redes sociales en la transparencia de los sistemas sanitarios y en el empoderamiento de sus ciudadanos.

Una primera reflexión en este sentido es que, claramente, políticas de opacidad, de control, de secretismo y falta de transparencia son coherentes con estructuras de toma de decisiones muy centralizadas, inseguras, encerradas en sí mismas. Mientras que políticas comunicativas transparentes dan respuesta o son consecuencia de unas estructuras abiertas y participativas en organizaciones maduras y con misión y valores bien definidos... en definitiva mucho más democráticas. Me permito hacer aquí un apunte sobre un informe reciente de la Fundación Compromiso y Transparencia sobre la transparencia en las web de las universidades españolas. Este *ranking* entre 50 universidades públicas y 25 privadas ha estudiado hasta veinticinco indicadores de transparencia, entre los que se encuentran el estado financiero, planes estratégicos y la composición y currículum del claustro de profesores. El estudio divide las universidades en Transparentes (cumplen al menos 20 de los 25 indicadores y entre ellos deben estar los relativos a la información económica), Translúcidas (las que cumplen al menos 15 indicadores) y Opacas (menos de 15). Una de las

conclusiones es que existen grandes diferencias entre el sector público —donde priman las universidades transparentes y translúcidas— y el sector privado, donde todas ellas se ubican en la opacidad debido «sobre todo a la falta de una praxis de transparencia y rendición de cuentas achacable a sus órganos de gobierno». Iniciativas como este informe son de gran interés para promover la transparencia basándose en estudios sobre criterios objetivables y estándares en distintos sectores. El ámbito de la salud debería tomar ejemplo, ya que, como reconocen los promotores del estudio, de momento no han entrado en él y se han centrado en fundaciones, museos, medios de comunicación y partidos políticos, además de las ya citadas universidades.

Pero ahora vamos al origen. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (art. 3); asimismo: Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten (art. 27.1); y que: Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora (art. 27.2). Estas deberían ser las máximas que rigieran en los medios de comunicación y en la comunicación institucional en el marco de la política sanitaria y de investigación. Profundizando en este argumento, y recogiendo palabras de César Cabezas en su trabajo «Rol del estado en la investigación científica en salud y transparencia en la información», «la transparencia fortalece la relación entre el Estado y la sociedad, asegura una gestión pública eficaz, combate la corrupción, permite conocer la información relevante, clara y actualizada, promueve la participación responsable y activa de la sociedad civil, promueve el gasto eficiente y eficaz de los recursos públicos, contribuye a la estabilidad política, lo cual promueve la inversión». En este ámbito es de vital importancia poder garantizar que la población tiene acceso a la información de primera mano. Hacer pública una información o noticia nos lleva a ir más allá del ámbito privado de ideas, argumentos o propuestas generando conocimiento y aceptación al compartirlo. Cabe recordar que ya en su momento, el nacimiento del periodismo moderno vino acompañado por el surgimiento de la exigencia de transparencia. Además, ese periodismo ha ido convirtién-

dose en un motor de la sociedad que educa, socializa y expande el propio derecho de acceso a la información.

Llegados a este punto, me gustaría poder hablar de un fenómeno que se está produciendo en los últimos años y que es el auge de las redes sociales y la multiplicación de su uso. Este aumento ha provocado un incremento de la socialización de la información acompañada, en paralelo, de un incremento exponencial de las asociaciones y entidades que han empezado a tener voz en el entorno sanitario. Estas entidades han basado su acción en valores como la justicia, el activismo social, el desarrollo sostenible, la no-discriminación, la potenciación de los derechos humanos y la equidad, promoviendo un nuevo ámbito de actuación a muchos individuos y comunidades y generando una floreciente participación de los ciudadanos. Es lo que se ha llegado a llamar empoderamiento. Este concepto ha crecido sobre la necesidad de crear democracias participativas, donde el ciudadano tiene la capacidad de control sobre las políticas públicas y de generar debate en las agendas políticas. Esta acción colectiva tiene una vertiente muy destacada en el ámbito de la salud y la sanidad. Este entorno, tradicionalmente bastante hermético, ha vivido una cierta revolución en los últimos tiempo con el acceso de primera mano a la información de muchos grupos de presión como por ejemplo las asociaciones de pacientes. Su papel se ha visto reforzado en este periodo al tener una mayor penetración e incidencia en los medios de comunicación generales y en las redes sociales. Se ha abierto también así un debate sobre la participación de estos grupos de presión en los órganos de gobierno, consejos asesores o de decisión de muchas entidades e instituciones.

Hace ya casi 10 años tuve la oportunidad de participar activamente en una comisión creada por el Comité de Bioética de Cataluña con la intención de fomentar una mayor responsabilidad entre todos los profesionales de la medicina, enfermería, periodismo y gestión de los servicios de salud, y estimular la reflexión sobre cuál debe ser la contribución de cada uno en este objetivo común de ayudar a la ciudadanía a estar mejor informada en los temas relacionados con la salud y la atención sanitaria. La finalidad que buscaba la iniciativa, que concluyó con la publicación «Consideraciones éticas en torno a la información sanitaria», fue la de conseguir que la transparencia, la veracidad

y la credibilidad sean los pilares que sostengan el principio de informar tal como quisiéramos ser informados. Este objetivo sigue hoy vigente.

Siguiendo con este hilo argumental, no puedo concluir esta reflexión sin entrar a valorar el papel de la comunicación y de las direcciones de comunicación de las instituciones y entidades en la transparencia en el sector de la salud y la sanidad. En este punto conviene recordar que en nuestro país existe una gran tradición de comunicación en salud e investigación para dar a conocer, entre otras, las novedades médicas y quirúrgicas de nuestros hospitales y centros sanitarios retornando a la sociedad en forma de información y transparencia aquello que ha dado en forma de impuestos. Además los diferentes gobiernos estatales y autonómicos vienen haciendo grandes esfuerzos para explicar a la ciudadanía sus apuestas estratégicas en política sanitaria. Desgraciadamente, en los últimos años, con los recortes debidos a la crisis, se está produciendo un gran retroceso en la apuesta por la comunicación institucional que se traduce en la reducción de personal y en un cierto incremento de la opacidad siguiendo la máxima de «mejor que no se hable de nosotros por si acaso». Deberíamos tener todos en cuenta que en este tipo de situaciones es de gran importancia potenciar la comunicación para generar información (a poder ser positiva), promoviendo la transparencia y generando credibilidad en el sector. Ésta debería ser la apuesta.

Bibliografía

- Organización de las Naciones Unidas. «Declaración Universal de los Derechos Humanos» [documento en Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III); 1948. Fecha de acceso: diciembre de 2013. Disponible en: <www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.
- Barrio, E.; Martín Cavanna, J., «Informe de transparencia en la web de las universidades españolas 2012». Madrid: Fundación Compromiso y Transparencia, 2013.
- Cabezas Sánchez, C., «Rol del Estado en la investigación científica en salud y transparencia en la información». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2006. Núm. 23, vol. 4, p. 275-283.

Comitè de Bioètica de Catalunya, «Consideraciones éticas en torno a la información sanitaria», Barcelona: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, 2004. Disponible en: <<http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/pdf/cbc/InfoSanitaria.pdf>>.

Transparencia Venezuela, «Alianza por la Libertad de Expresión rechaza opacidad y ausencia de información sobre la salud del Presidente de la República Hugo Chávez». Manifiesto del 18 de enero de 2013. Disponible en: <<http://www.derechos.org/ve/2013/01/18/alianza-por-la-libertad-de-expresion-rechaza-opacidad-y-ausencia-de-informacion-sobre-la-salud-del-presidente-de-la-republica-hugo-chavez>>.

Javier García León

Asesor técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Junta de Andalucía

La transparencia en el sistema sanitario público tiene distintos ámbitos para su desarrollo. Por una parte nos encontramos con la transparencia de los profesionales sanitarios del ámbito asistencial cuya actitud transparente con sus pacientes respecto a su proceso asistencial se concreta en suministrarles información y responder a la solicitudes de la misma para permitir su autonomía en la toma de decisiones. La transparencia en este ámbito está muy arraigada, forma parte de la buena práctica clínica y ha sido consolidada con la Ley 41/2002 de la autonomía del paciente y documentación clínica; no nos referiremos a ella en este trabajo. Hay otros ámbitos del sistema sanitario público para el desarrollo de la transparencia: los de la salud pública y administración de servicios sanitarios. En ambos ámbitos nos encontramos con una perspectiva profesional (que tendría que ver con los valores, autonomía y conflictos de intereses de estos profesionales) que ya ha empezado a ser abordada, y unas perspectivas estratégicas (tareas de gobierno) y gerenciales (tareas de gestión). Estas dos últimas son las contempladas en este trabajo y en sus ámbitos la transparencia ha tenido un menor desarrollo a pesar de estar igualmente contemplada pero con un menor alcance en la citada Ley 41/2002; su campo de aplicación es la Administración pública como prestadora de servicios, o el Gobierno como dirección política de los mismos. Esta es la razón por la cual el análisis de la transparencia en el Sistema Sanitario Público se puede enfocar más como un ámbito concreto de aplicación de la transparencia en la Administración pública que como una especificidad de la transparencia que sea propia del sistema sanitario público.

Cuando hablamos de transparencia referida a una organización como puede ser el Sistema Sanitario Público nos referimos a un atributo que se aplica cuando esta organización «hace pública, o entrega a cualquier persona interesada, información sobre su funcionamiento y procedimientos internos, sobre la administración de sus recursos humanos, materiales y financieros,

sobre los criterios con que toma decisiones para gastar o ahorrar, sobre la calidad de los bienes o servicios que ofrece, sobre las actividades y el desempeño de sus directivos y empleados, etc.».

La transparencia no es un atributo absoluto, sino que tiene distintos grados de desarrollo. En términos generales podemos decir que nuestras administraciones públicas y gobiernos son poco transparentes en comparación con los países de nuestro entorno; prueba de ello es el retraso en cuanto a aprobación de leyes sobre derecho de acceso a la información y transparencia. Nuestro sistema sanitario público no se comportaría de una forma distinta al resto de la Administración pública tal como ha sido puesto de manifiesto por investigadores y activistas de la sociedad civil.

La transparencia tiene sentido cuando va acompañada de un proceso de participación e intervención en la toma de decisiones; esta participación implica una cesión de parte de poder del que lo posee, por lo que la actitud transparente no es fruto de una concesión graciable (como han sido algunas actuaciones realizadas como ejercicio de transparencia en el sistema sanitario hasta ahora) sino resultado de la consecución de un derecho de participación en la toma de decisiones, pues sin transparencia este proceso de participación es inviable.

Los estragos de la crisis en sus diversas facetas, el hacerse intolerable lo que hasta ahora era tolerable en la forma de gobernar, la globalización (también de las ideas) y el impacto de la sociedad de la información están propiciando un tipo de activismo social diferente para avanzar de una democracia representativa a un estado superior, la democracia participativa, desarrollándose un nuevo concepto: el gobierno abierto.

El gobierno abierto se refiere a una evolución de nuestro sistema democrático de convivencia y valores basada en el establecimiento de mecanismos para la transparencia de los gobiernos, así como de espacios permanentes de colaboración y participación de los ciudadanos más allá del ejercicio del derecho de sufragio cada cuatro años. El pilar básico de este gobierno abierto es la transparencia, base para la participación y colaboración para resolver los asuntos públicos. Hay en la actualidad un proceso frenético de desarrollo

normativo, en unos casos sobre gobierno abierto y en otros más limitados sobre transparencia.

La tramitación de la Ley de transparencia es una respuesta a las demandas del movimiento 15M y a pesar de las vicisitudes en su desarrollo y no ser comparable a las normas más avanzadas de nuestro entorno, supone un avance importante pero quizás insuficiente en cuanto a transparencia en nuestro medio y afectará de una forma importante al Sistema Sanitario Público.

La ley de transparencia establece el derecho de acceso a la información en poder de las administraciones públicas, pudiendo ser denegada en circunstancias muy concretas. Esto es muy importante en la actualidad por las decisiones que se están tomando en cuanto a la organización de los servicios sanitarios públicos, pudiéndose crear dilemas legales pero sobre todo éticos; ante la inadecuada o insuficiente rendición de cuentas de las decisiones que se tomen, quedaría el posible escrutinio de la sociedad a través de su derecho de acceso a la información.

Esta ley establece igualmente la obligación de los poderes públicos a difundir de una forma proactiva determinada información. Esta difusión de información se supone que ha de ayudar a los pacientes a tomar de decisiones en cuanto a elección de recursos asistenciales, a los ciudadanos a hacer un seguimiento de la política y gestión sanitaria y a los profesionales y gestores sanitarios poder hacer comparaciones para mejorar la calidad de sus servicios. Además, la reutilización de esta información puede generar valor económico o de conocimiento (investigación).

Hay otra dimensión de la transparencia de la que cada día se habla con más insistencia y que afecta a los proveedores del Sistema Sanitario Público; es de destacar en este sentido la presión para que estén accesibles todos los resultados de los ensayos clínicos y evitar el sesgo de que se publiquen exclusivamente los que presentan resultados ventajosos para la industria.

En definitiva, nos encontramos en un nuevo escenario en el que la sensibilidad social por un ejercicio del poder más transparente hará igualmente que el Sistema Sanitario Público sea más transparente y en el que la transparencia no será asunto exclusivo del sector público.

Josefina Goberna Tricas

Profesora del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil de la Universidad de Barcelona

Comparto el punto de vista que abre el capítulo de J. Turró según el cual en los últimos tiempos se ha instaurado en nuestra sociedad una especie de pensamiento dominante que establece, casi como hecho indiscutible, la existencia de una corrupción generalizada en la gestión de servicios y actividades públicas. Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la forma en que, a diario, llenan sus medios de información con noticias que, con tal de buscar el «titular», demasiado habitualmente priorizan llamar la atención por encima del rigor informativo que implicaría la clara distinción entre los casos que se encuentran en fase de instrucción previa y aquellos que han estado juzgados. Incluso, a veces, se produce una mezcla de datos y opiniones que ayudan a la creación de un clima social de desconfianza generalizada hacia los gestores y trabajadores del sector público. Pero este hecho no nos puede hacer olvidar que la corrupción existe, y que constituye una práctica más habitual de lo que debería ser.

El *Diccionari de la Llengua Catalana* del *Institut d'Estudis Catalans* nos define la corrupción como la «acción de corromper» y define «corromper» como: «Desviar (a alguien) de la rectitud, del deber» o «Inducir (a alguien) a obrar ilegalmente, pervertir»¹. Evidentemente los casos que llegan a la opinión pública atañen a esta última definición, pues son aquellos que transgreden la legalidad vigente, aquellos que llegan a los juzgados y son merecedores de penas y sanciones legales. Si nos fijamos en la primera definición, la que se refiere al hecho de desviarnos de la rectitud y del deber, entonces nos acercaremos a la reflexión ética y no tanto a la estrictamente legal. Aquellos comportamientos ilegales por parte de las personas que ocupan cargos públicos han de ser investigados, juzgados y castigados, por si se observa que existe un comportamiento merecedor de sanción, pero como este aspecto está ampliamente tratado en el debate actual, creo interesante hacer una

reflexión ética sobre la complejidad de los sistemas sanitarios y el comportamiento de los diferentes actores de los mismos.

Enrique Baca (2006)² describe como el sistema sanitario de los países occidentales se caracteriza por la presencia de al menos cuatro agentes, cada uno de los cuales está dotado de su propia lógica de actuación; como elementos fundamentales caracteriza «Los profesionales sanitarios» y «Los pacientes», pero nos recuerda que hay que tener en cuenta también el tercer agente: «El pagador», es decir el servicio público de salud o el seguro privado, y finalmente caracteriza como cuarto agente a «La industria farmacéutica». Es este entramado plural y complejo el que hemos de tener en cuenta cuando reflexionemos sobre la corrupción.

Evidentemente la corrupción tiene distintos niveles y distintos grados, la sociedad no conceptualiza de la misma forma que un político incumpla la legalidad para contratar un servicio sanitario a una empresa que, directa o indirectamente, le conllevará importantes beneficios económicos, que le producirán un enriquecimiento personal, que el caso de aquel médico o enfermera que, usando su situación en el ámbito sanitario, incluye algún familiar en los primeros números de la lista de espera, para disminuir el tiempo para una intervención quirúrgica. Pero, aun teniendo en cuenta esta diferenciación, cuando hablamos de corrupción debemos pensar en todos los niveles e intentar profundizar en las causas que, en el sistema sanitario público, puedan favorecer este tipo de prácticas.

En este sentido, en primer lugar, vale la pena reflexionar sobre la definición de salud y enfermedad. Aunque la definición de salud de la OMS como el «bienestar completo físico, psicológico y social» ha sido muy criticada (y con buenos motivos: se puede consultar al respecto: Camps 2001³), no podemos olvidar que los tres aspectos que trata la definición nos llevan a las tres dimensiones que podemos encontrar en la conceptualización de la salud y la enfermedad. Estos aspectos los podemos definir de forma más precisa si acudimos a la lengua inglesa y a la cultura anglosajona en la que se diferencia claramente entre *disease/illness/sickness*⁴. *Disease* corresponde a la visión profesional de la enfermedad, esto es al diagnóstico y la evaluación de la enfermedad por parte de profesionales sanitarios que atienden al paciente (la

salud y la enfermedad como situaciones objetivables gracias a las herramientas que proporciona la ciencia médica y que facilita las normas para identificar y catalogar la situación, y cuidar a la persona que la sufre), mientras que *illness* recoge la visión personal del propio enfermo (es decir, un estado subjetivo: una vivencia que lleva a la persona a comunicarla a los demás de una determinada forma; por ejemplo un enfermo mental puede no reconocer que sufre una enfermedad, pese a que cualquier profesional pueda diagnosticarla y prescribir el tratamiento de la misma); finalmente el término *sickness* se asocia a la evaluación de los hechos, que llevan a la conceptualización y tratamiento de la enfermedad, desde las normas producidas por las instituciones, tales como el Estado o otras organizaciones sociales (las cuales, mediante leyes y protocolos determinan quién tiene derecho a tratamiento, en qué prioridad y en qué lugar).

Tradicionalmente, la medicina se ha ocupado fundamentalmente de la *disease*, esto es, de la definición de enfermedad como fenómeno estrictamente médico y biológico. La crítica postmoderna puso en duda la visión mecanicista que pretende «objetivar la verdad de la enfermedad» olvidando la subjetividad y la narrativa del paciente. El mejor exponente de esta crítica lo podemos encontrar en Foucault, en su libro *El nacimiento de la clínica* (1963)⁵. El surgimiento de la bioética (en especial aquellas versiones más interesadas en la narrativa) ponen claramente en evidencia las contradicciones que muchas veces se dan entre *disease* y *illness*; es decir, entre las visiones y los valores de los profesionales sanitarios y los pacientes, pero generalmente no se ha tenido tanto en cuenta a los terceros y cuartos actores de este escenario: las instituciones y el sistema farmacéutico. Es precisamente en el desajuste y las tensiones que se generan en la relación, y en la lógica de actuación, de estos actores y los tradicionales donde se encuentran los casos de «corrupción» que llenan los medios de comunicación y que nos representamos en el imaginario individual, y colectivo, de la mayoría de los ciudadanos.

Las instituciones sanitarias actúan como empresas sanitarias que prestan sus servicios en el ámbito de la salud y la enfermedad. Como expone J. Subirats⁶: «En la lógica mercantil, una empresa competitiva es una empresa eficaz y eficiente», pero cuando aplicamos esta definición a las administraciones

públicas nos encontramos con que éstas trabajan en campos y sectores que les vienen determinados normativamente y que, por lo tanto, se encuentran altamente burocratizadas; esta actuación «burocrática» conlleva que tenga más peso en la orientación de la acción el procedimiento que la bondad de los resultados. Sin embargo, la «burocratización» de estas empresas conlleva una laxitud en la determinación de responsabilidades; cada agente tiene que actuar según la norma, pero demasiadas veces sin tener en cuenta el resultado de su acción. En este punto llegamos al concepto de responsabilidad, si entendemos responsabilidad como «el hecho de dar razón de nuestras acciones»; entonces los resultados, las consecuencias de las acciones, se transforman en relevantes. Evidentemente, no es lo mismo una mala gestión pública que puede comportar un malgasto de recursos, sin una mala fe y/o enriquecimiento personal inadecuado, que una acción claramente corrupta, que desde su inicio conlleva afán egoísta e ilegal, pero en ambos casos se puede hablar de una falta de responsabilidad. Es precisamente la «responsabilidad» lo que es necesario potenciar a distintos niveles.

El paciente, enfermo o usuario de la sanidad tiene que ser responsable de un uso moderado, adecuado y prudente de los recursos. En este sentido es fundamental el empoderamiento del paciente, es decir tiene que existir una voluntad individual, y colectiva, de conseguir pacientes competentes. En las familias tradicionales las situaciones leves de enfermedad, y las pequeñas indisposiciones, se trataban mediante recursos familiares; el mantenimiento de la vida requiere cuidados y atenciones que, históricamente, han estado asociadas al saber femenino. El proceso de revolución técnica y científica que se inició entre los siglos XIX-XX y que se agudizó en la segunda mitad del siglo XX, comportó una nueva cultura de la salud en la que predominó la objetivación de la enfermedad por parte de los profesionales; es decir la visión *disease* y, por lo tanto, los conocimientos tradicionales en cuidados y atenciones a la salud fueron menospreciados y a menudo se demostraron insuficientes frente al avance de las ciencias médicas. El saber popular quedó plenamente disociado del conocimiento médico y el ciudadano se convirtió en inepto, la visión *illness* quedó desfasada, sin reconocimiento. Nos hace falta repensar de nuevo esta competencia de las personas, y las familias para tener cuidado, especialmente en una sociedad como la actual, fuertemente envejecida, en la

que las enfermedades crónicas predominan sobre los procesos agudos. Las tareas de cuidado devienen más importantes que las propiamente médicas de diagnóstico y tratamiento, y una educación y formación en competencias de cuidado y auto-cuidado podría comportar un mejor uso de unos recursos sanitarios escasos y menos despilfarro de los mismos. Una extensión de la cultura de los cuidados también disminuiría la solicitud innecesaria de asistencia que, a veces, usuarios poco responsables utilizan como herramienta para otros propósitos no directamente ligados a la mejora de la salud: bajas laborales injustificadas, solicitud desmesurada de fármacos..., prácticas que aunque sean a pequeño nivel no podemos separar de la falta de responsabilidad y de una cierta corrupción.

Los profesionales sanitarios se encuentran en medio del proceso, son los que prestan los servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud (o las mutuas, en el caso de seguros privados) y reciben las demandas de los enfermos, pacientes o usuarios. En la formación académica y profesional de médicos y enfermeras prima una visión centrada en la objetivación de la enfermedad (*disease*) antes que la práctica de la escucha activa (*illness*) e incluso de la conciencia de pertenecer a la organización (*sickness*), esto conlleva, muchas veces, un exceso de pruebas diagnósticas; sin embargo la judicialización de la sanidad agudiza todavía más esta situación. De este último punto no se puede hacer responsable solamente a los profesionales, sino que la presión social en este sentido es importante. En estos momentos el exceso de demanda que sufren hospitales y centros de atención primaria y la presión que reciben los profesionales ha repercutido en la disminución de las horas dedicadas a docencia y formación. El avance de la ciencia médica, y especialmente la farmacéutica, en ausencia de formación continuada de calidad, deja a los profesionales, especialmente a los médicos, directamente expuestos a las informaciones, estudios y recomendaciones que reciben directamente de la industria farmacéutica, que siempre presenta el fármaco de última generación que mejorará los resultados en los pacientes. En este sentido, el uso de genéricos y la racionalización del gasto farmacéutico han actuado, pero seguramente el número de prescripciones está por encima del idóneo. También (especialmente en atención primaria) la falta de tiempo en la escucha del paciente impulsa a substituir la calidad de la visita por la cantidad de las prescripciones.

La actual situación de nuestra atención sanitaria hace que las listas de espera por determinadas intervenciones sean especialmente prolongadas en el tiempo. En este punto nos podemos preguntar: ¿Se produce una situación de corrupción cuando un profesional habla con un compañero, o mediante acceso directo, para priorizar a un familiar en la lista de espera? ¿Podemos considerar que sencillamente se trata de una deferencia hacia un compañero o compañera, o incluso de un cierto derecho que pueden tener en razón de su situación laboral?

Finalmente entraré de forma muy breve en la corrupción por parte de la gestión y el gobierno de los gestores de las instituciones. Es en este punto donde se centra aquello que habitualmente se entiende por corrupción. Cuando la cantidad de recursos a gestionar aumenta, también lo hace el nivel de corrupción. Un enfermo puede intentar practicar la picaresca de solicitar un medicamento usando la tarjeta sanitaria de pensionista de algún familiar, pero esta picaresca se transforma en delito cuando un gestor se salta el procedimiento legal para adjudicar una obra millonaria o falsifica cuentas de resultados. En este nivel, la apelación a una ética personal de responsabilidad se muestra insuficiente y aquí las auditorías internas y externas y las prácticas de gestión transparente son indispensables.

En los tres niveles mencionados hemos de tener en cuenta la necesidad de interiorización de la capacidad de rendir cuentas y, por lo tanto, la responsabilidad pública de nuestras acciones.

Notas

1. Texto original de la autora en catalán.
2. Baca, E., Las cuatro 'lógicas' del sistema sanitario. *Claves de razón práctica*. Núm. 165, 2006, p. 42-47.
3. Camps, V., *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Crítica, 2001.
4. Esta tríada fue mencionada por primera vez en una tesis doctoral defendida en 1967, pero desde entonces se ha usado profusamente en las huma-

nidades médicas. Para ampliar información, puede consultarse: Casado da Rocha, A., y Saborido, C., «Cultura bioética y conceptos de enfermedad: el caso *House*». *ISEGORIA. Revista de Filosofía Moral y Política*. Núm. 42, 2010, p. 279-295.

5. Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México DF: Siglo XXI, 1980.
6. Subirats, J., «Transparencia y evaluación en el cambio de época. Potencialidades y límites». Primer borrador de la conferencia presentada en la Jornada «Transparencia en el sistema sanitario público». Fundación Víctor Grífols i Lucas, 20 de junio de 2013.

Pablo Hernando

Director de los Servicios de Atención al Cliente de la Corporación Sanitaria Parc Taulí

Pablo Simón, en *Ética de las Organizaciones Sanitarias*¹ vincula de forma necesaria la ética y la calidad, traza un esquema de «evolución moral» donde señala una cuarta fase evolutiva de la bioética, aquella donde nos encontramos, donde resulta decisiva la preocupación por la «justicia», aunque entendida de varias posibles maneras, según se adopta un punto de vista más europeo o norteamericano, más público o más privado, más sanitario o más «empresarial». Es la interacción entre calidad y ética de empresa. La ética como signo de calidad de una organización y como medida de dar cuenta a la sociedad a la que sirve de forma transparente.

La transparencia se justifica así en la necesidad de dar cuenta, de justificar los actos, por tanto la esencia misma de la ética. Y es una cuestión de necesidad actual, pues la sociedad está desmoralizada y no confía en sus gestores políticos. Mejorar en transparencia significa mejorar en confianza, de la cual la ciudadanía está necesitada.

En el ámbito estrictamente sanitario se da una paradoja notable: la atención sanitaria, de los profesionales, es el servicio público mejor valorado pero la confianza en sus gestores, en la política que subyace a su gestión, no. La suma de escándalos, algunos, artificiosos y con intereses ocultos, nos aparece día tras día en los medios de comunicación. Y en nuestro entorno más cercano también el llamado modelo catalán, que pretendía estar a salvo de luchas políticas con las consiguientes influencias en el sistema, también. Y todo ello en una época de recortes.

En la discusión realizada me da la sensación de que, mayoritariamente, se da por hecho que en el ámbito sanitario la transparencia es mayor que en otros servicios públicos. Y en Cataluña tal aseveración se fundamenta en hechos como la existencia de una central de resultados, que ofrece datos que permiten «evidenciar» esta transparencia. Me temo que seamos conformistas; al fin

y al cabo, la mayoría de los integrantes en la discusión proveníamos del mismo ámbito y nuestra opinión puede resultar interesada. Quizás porque el planteamiento del debate no lo permitía, tampoco hemos llegado a concretar en qué hacemos evidente esa mayor transparencia del sistema, más allá del hecho concreto en el sistema sanitario catalán de la existencia de una central de resultados. Lo cierto es que la transparencia está ligada a la evaluación y ésta a la toma de decisiones concretas coherentes con los datos ofrecidos, y esto último no parece pasar. Pese a todo, parece evidente que los ciudadanos, a quienes se facilitan en mayor o en menor medida datos, no participan y deliberan sobre ellos. Tal es nuestra situación sociopolítica y aplicada a un ámbito más concreto sobre el sanitario difícilmente podrá variar.

Poco se ha hablado de la transparencia interna, hacia los profesionales del propio sistema. Transparencia que en este caso implica participación, corresponsabilidad. Siguiendo la máxima de la ética del discurso, las mejores decisiones serán aquellas en que todos los implicados puedan deliberar. Y aquí los modelos clásicos de participación parecen agotados. La representación clásica sindical, como el patrón clásico de empresario (gestor) ha de cohabitar de forma diferente. Las experiencias cooperativistas donde esta responsabilidad es más evidente han tenido un vuelo muy corto en nuestro entorno. En Cataluña, territorio propicio para ello, las experiencias en este sentido en la Atención Primaria se han limitado. La experiencia de instituciones en donde la participación ciudadana se vehicula a través de consejos de gobierno con representación del territorio, principalmente de la municipalidad, también parece un modelo de urgente revisión. J. Turró incide en este cuaderno muy bien en este hecho, en donde el gestor operativo hace de gestor político ante la falta de iniciativa de este último, pues sólo actúa como representante de un poder político central. Lo cierto es que este modelo no funcionará en la medida que los actores no se jueguen nada en ello. Y lo peor es que en épocas de crisis la tendencia a «re-centralizar» para «racionalizar y controlar» el gasto es una de las primeras tentaciones que ya se están convirtiendo en realidades normativas.

La mención de J. Turró hacia la ejemplaridad de los «actores» sanitarios, reproduce la necesidad ya expresada hace pocos años por Javier Gomá en su

libro *Ejemplaridad pública*, donde propone la ejemplaridad como principio organizador de la democracia interna. La ejemplaridad como motor de determinados valores se debe potenciar aunque para algunos suene a algo ya pasado. Lo cierto es que para promoverlo hay que tener modelos.... Lo anterior tiene especialmente relevancia en las profesiones sanitarias porque el aprendizaje vicario, por modelaje, tiene gran preponderancia y ello también aun en profesiones en las que podemos pensar que la técnica tiene un aspecto determinante, como la del médico altamente especializado. Yo, particularmente, soy pesimista en cuanto a la eficacia de los códigos éticos o de buenas prácticas en tanto en cuanto no vayan acompañados de: medidas concretas, aspecto señalado ya por el ponente J Turró, y de que no existan «modelos» concretos de profesionales a seguir.

La exhortación de un código no promueve cambios de conducta. Recordemos la fantástica novela de H.G. Wells, *La isla del Dr. Moreau*, sobre la cual aprovecha Adela Cortina para reflexionar que el mero enunciamiento y coerción sobre un deber no promueve éste si no existe la convicción interna de hacerlo realidad. Y qué mejor forma de promoverlos si no es mediante profesionales concretos que reconozcamos como modelos de «excelencia».

Esto último me lleva también a destacar la ausencia de comités de ética organizativa, más allá de los comités éticos asistenciales y/o de investigación, que la ética de las organizaciones (más allá también de las empresas) proponen como órganos para mejorar la ética de nuestras instituciones. La experiencia en este sentido en el sector sanitario me temo que es nula.

Nota

1. Simón, P. (ed.). *Ética de las Organizaciones Sanitarias. Nuevos Modelos de Calidad*. Madrid: Triacastela, 2005, (Colección Humanidades médicas, 17), p. 51.

Francesc Moreu

Socio y director de Moreu y Asociados

La crisis que estamos viviendo debutó como una crisis financiera, evolucionó hacia una crisis económica de gran magnitud y se ha convertido en una crisis social de incalculables consecuencias.

Si éste fue el recorrido de su génesis su solución pasa a mi criterio por un camino totalmente a la inversa. Sin solución a la crisis social no puede haberla ni en la económica ni en la financiera por mucho que las tres estén íntimamente relacionadas.

Y esta crisis social parte en su superación de una imprescindible regeneración democrática y de una nueva manera de entender la forma de hacer política que supere las limitaciones y los riesgos de la democracia participativa alumbrando un nuevo modelo de democracia, la deliberativa, que permita generar una nueva escala de valores sociales (honestidad, solidaridad, esfuerzo, emprendeduría, transparencia, rendición de cuentas, etc.) que nos ayuden a salir de la crisis desde la propia sociedad civil, no de las élites, sino de los ciudadanos.

En este contexto, la transparencia en las decisiones políticas y en la gestión de los recursos públicos así como en la consiguiente rendición de cuentas en la utilización de recursos escasos que los ciudadanos ponen a disposición de las Administraciones Públicas debe entenderse como una exigencia de estos ciudadanos así como una responsabilidad democrática, ética y moral de las citadas Administraciones Públicas.

Dentro de estos parámetros deben colocarse las demandas de transparencia en el sector salud que se leerían de forma reduccionista si dada su especial naturaleza esta transparencia se limitase al sector público.

De igual manera nos quedaríamos a medio camino si dicha transparencia se redujese a los resultados y no se aplicara también a la toma de decisiones *ex-ante*.

Una política de transparencia y de rendición de cuentas en este sector no es completa si se limita a la transparencia en los resultados de este u otro hospital, o de este u otro centro de atención primaria o sociosanitario sin implicar a los ciudadanos de manera deliberativa en la toma de decisiones sobre los aspectos que les van a afectar.

Éste es un interés que debe compartir la propia Administración Pública dado que la participación de los ciudadanos, por ejemplo, en la definición de las prioridades del Plan de Salud junto a los profesionales, gestores y políticos es la forma más efectiva de captarles ante la asignación de recursos escasos al tiempo que propiciar a los profesionales la cobertura social que precisan en sus decisiones de racionamiento.

La transparencia facilita el *benchmarking* entre instituciones y profesionales, lo que implícitamente debe redundar en una mejora de la calidad y el servicio, pero este conocimiento de los resultados por parte de todos los agentes del sector ha de comportar la adopción de medidas para los desviados y la posibilidad de incorporar mecanismos de libre elección más o menos condicionados por parte de los ciudadanos no sólo para responder a una demanda emergente de éstos, sino también como corolario lógico de la transparencia ya que estos ciudadanos no pueden resignarse a ver como el centro donde están cautivos en algunos casos es menos excelente que el promedio.

Ejercicios de esta naturaleza no pueden llevarse a cabo obviamente sin contar con la madurez de los ciudadanos que es la mejor garantía de que la lectura de los indicadores que han de ser fiel reflejo de la realidad sin hurtar los más sensibles se hará con sentido común y sin alarmas.

Todo ello es fácil de decir, pero no tan sencillo de llevar a la práctica; en este caso, no obstante, las dificultades no deben ser excusa para no avanzar en esta dirección.

La búsqueda de maneras efectivas de llevar a la práctica ejercicios de democracia deliberativa en el sector salud no cuentan ni con excesivos precedentes y mucho menos con referencias excelentes de las mismas, pero tal vez para empezar a andar este camino sea justificación suficiente que una dinámica de este estilo lleve a replicar a nivel de cada centro sus objetivos, esencialmente

en el ámbito de la gestión clínica aunque sólo sea a nivel de microgestión que, al fin y al cabo, en este caso es el más importante reproduciendo la idea de la transparencia como respuesta a la demanda de participación de los ciudadanos en las decisiones clínicas que les afectan.

No son problemas menores la selección de los indicadores que se muestran, así como tampoco lo son los derivados de los sistemas de información que deben alimentarlos para que sean fiables y oportunos en el tiempo. Como vencer las reticencias profesionales sobre la transparencia de resultados con indicadores que ellos no consideran representativos de su práctica o, yendo más lejos, por lo mal que el colectivo acepta errores pues llevado al límite la muerte es la demostración palmaria del fracaso de la medicina.

No debe caerse tampoco en la moda de la transparencia sin convicción haciendo de ello un ejercicio de oportunismo político, de una operación de lavado de imagen sin intención alguna de acarrear con sus consecuencias o simplemente de hacerlo sin la continuidad suficiente para que pase de ser un acto a un hábito.

En conclusión, recuerdo aquí el consejo que un entrenador de un equipo infantil de baloncesto daba a sus componentes: «cuando pidas la pelota debes saber siempre para qué la has pedido...».

José J. Navas Palacios

Gerente del Hospital Vall d'Hebron

La evaluación es necesaria pero no suficiente. El riesgo de la evaluación es que nos podemos quedar en los datos, en los detalles, y no conseguir un buen diagnóstico de la situación que requiere un enfoque sistémico y no en elementos focales. En definitiva, se trata de un problema de método. ¿Qué es mejor, un modelo empírico-inductivo basado en los datos, y después del análisis llegar a inferencias de tipo general, o es más adecuado un sistema deductivo, donde partiendo de principios generales bien conceptualizados y consensuados, realizar la toma de decisiones e impregnar las actividades y sus resultados con una serie de valores?

La gobernanza es un componente determinante para generar transparencia y confianza en el sector público. Una buena gobernanza garantizará la profesionalidad y la asunción de responsabilidades. Es un buen instrumento para asegurar la transparencia a través de los principios generales, la toma de decisiones y la rendición de cuentas, y una política de recursos humanos basada en la justicia y el mérito.

¿Por qué hay desconfianza en la gestión del sector público y de la sociedad? Probablemente porque hay una crisis social importante, la crisis económica ha hecho más notable la falta de tradición democrática, la falta de formación de los ciudadanos, la falta de ética del trabajo y de cultura del esfuerzo, y la resistencia a la evaluación por resultados y sus consecuencias.

¿Cómo puede cambiarse esta situación? Yo creo que la crisis ha puesto de manifiesto las debilidades de nuestro sistema, que necesita profundos cambios y la correspondiente pedagogía ciudadana en relación con las reformas política, administrativa, educativa, laboral y fiscal.

¿Qué debería hacerse en el sector salud además de estos cambios en el entorno general? Tenemos un modelo público de provisión público-privado insuficientemente financiado. Los entornos públicos-privados son complementarios y no excluyentes, son difíciles de comparar ya que sus objetivos,

métodos, reglas y restricciones son muy diferentes. El sistema público tiene un presupuesto determinado, rigidez en el sistema laboral y su actividad está a demanda de las autoridades sanitarias públicas, y de la sociedad. El sistema privado tiene una mayor flexibilidad y realiza la actividad que le pagan, no tiene tantas restricciones ni normas tan rígidas. En cualquier caso, la sociedad necesita un referente público potente para dar respuesta adecuada a la salud pública, a la garantía de accesibilidad, y de equidad ante la demanda de los ciudadanos. No obstante, la separación público-privada en el sector de la salud no es tan sencilla, y da lugar a situaciones de solapamiento y de conflicto de intereses.

En cuanto a instrumentos para generar confianza ante los profesionales y ciudadanos, es muy importante explicar la verdad, informar sobre la situación real para conseguir cierta aceptación de las medidas y co-responsabilidad. Desde el punto de vista personal un instrumento útil en el gobierno de una institución hospitalaria es explicar a todos cuáles son los «grandes desafíos», los grandes retos de la institución. De esta manera se podrán entender mejor las tomas de decisión y los planes de acción.

¿Qué relato deberemos tener para motivar a los trabajadores y ciudadanos los próximos 3-5 años? Se trata de una pregunta que planteo a los ponentes. Desde 1983 con las transferencias, desde 1990 con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LLOSC) y la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP), desde 2000 con la bonanza económica hasta 2008, hubo relatos de creación, desarrollo y crecimiento del sector de la salud. Esta trayectoria se frena, y retrocede a partir de 2008. ¿Qué relato deberemos exponer para conseguir la alineación de profesionales y ciudadanos? Apelaciones al futuro del país, a la sostenibilidad, a la falta de ingresos, etc., generan poco entusiasmo y escasas adhesiones. Deberemos incluir en el relato, además de la transparencia, nuevos componentes para generar las adhesiones y la confianza que requieren las necesarias adaptaciones y transformaciones.

Manel Peiró

Director del programa Dirección de Servicios Integrales de Salud de ESADE

El contexto actual tiene algo de fracaso colectivo. La falta de transparencia existente en el sistema sanitario público español y la poca atención prestada a las iniciativas que se han llevado a cabo para mejorarla son algunos de los efectos de la incapacidad de nuestra sociedad para superar algunos de los problemas y carencias que arrastramos desde la transición.

La financiación de los partidos políticos tiene, como mínimo, un déficit de transparencia que es una de las causas principales de la explosión de casos de corrupción que afectan a la vida pública en España y en Cataluña. Una situación agravada por la impresión extendida de que «no pasa nada» y de impunidad de los que han estado involucrados en estos procesos y que cuestionan el sistema democrático. Se ha fomentado la opacidad, no hay una práctica generalizada entre los gobernantes ni la convicción ni la preocupación de la necesidad de rendir cuentas de su actividad. Los partidos políticos se han mostrado más interesados en efectuar una especie de expolio de los frentes de riqueza con mayor o menor vinculación al sector público, como podrían ser las desaparecidas cajas de ahorros, o en colonizar órganos de gobierno y posiciones directivas, como en el caso de las instituciones sanitarias, que en informar y explicar el uso que han hecho de los recursos puestos a su disposición, las acciones emprendidas y los resultados obtenidos con las mismas.

El sector sanitario se halla sometido a presiones opuestas: la de los pacientes y de los propios colectivos profesionales para acceder a innovaciones, que se generen de forma constante en el sector, y la de las administraciones públicas para reducir significativamente el gasto sanitario. La situación actual de crisis económica requiere instituciones sanitarias muy eficientes y la realidad es que en la mayor parte del Estado español las organizaciones sanitarias no tienen la capacidad ni los instrumentos para hacer frente a esta exigencia. Se trata de entidades con una dependencia directa de la administración pública y, pese a la aparente existencia de órganos de gobierno para garantizar la

autonomía de gestión y la identidad de la institución, la continuidad de los equipos directivos depende principalmente de su fidelidad y vinculación al partido político en el gobierno más que a los resultados atribuibles a su gestión.

El aparato administrativo del Estado no se adapta a las necesidades del sector sanitario que es tratado por parte de la Administración pública como cualquier otro servicio público. La aplicación de la Ley de Contratos del Estado, por ejemplo, no se ha mostrado como el instrumento más adecuado para conciliar las necesidades de calidad y precio en las adquisiciones efectuadas por los hospitales y centros de salud. La supervisión del proceso por parte de los interventores tampoco ha servido para garantizar la calidad del procedimiento ni la satisfacción de los usuarios de los bienes adquiridos ni tampoco ha supuesto una reducción del gasto sanitario. Someter a las instituciones sanitarias a las rigideces burocráticas de la administración, limita su eficiencia y las posibilidades para su desarrollo y adaptación a nuevas realidades. Pese al sinnúmero de estudios sobre la transformación del sector sanitario aparecidos en los últimos años, no parece que la transformación del sistema de salud haya sido una prioridad en la agenda de los partidos políticos.

Hay un profundo desconocimiento y desconfianza entre el sector público y el sector privado, y esto dificulta una mayor colaboración público-privada, que sería un escenario deseable en la situación actual. El sector público no tiene recursos para mantener el sistema ni para emprender nuevos proyectos. El sector privado podría aportar, según el caso, parte de estos recursos y, en principio, una mayor orientación a la eficiencia y a los resultados. Pero las limitaciones son importantes: los proyectos de colaboración tienen que basarse en la complementariedad de las aportaciones de cada parte y en un mínimo de confianza, rompiendo los estereotipos. Si se quiere colaborar, las dos partes tienen que cambiar, porque es difícil imaginar que se obtendrán resultados distintos si se sigue haciendo lo mismo de siempre. La fórmula para avanzar es la transparencia y el rendir cuentas.

Resulta sorprendente que el ejercicio de transparencia más importante que se ha efectuado en el sector sanitario, como es la publicación de la Central de Resultados, haya tenido un impacto muy escaso en los medios de comunica-

ción y cuando lo ha tenido se haya centrado principalmente en los aspectos de carácter más anecdótico. Hay que pensar en que la dificultad de los periodistas para comprender e interpretar la información y los datos suministrados puede explicar la escasa difusión y eco que ha obtenido la presentación del informe. Los medios de comunicación tienen un papel central en el ejercicio de transparencia del sector, pero probablemente debamos pensar en un ejercicio previo de formación de los informadores en estos ámbitos especializados. Esta es una experiencia que el gobierno británico hizo antes de unas elecciones con los corresponsales extranjeros a los que invitó a un curso de formación en una prestigiosa universidad para explicarles el enrevesado sistema electoral, facilitándoles de rebote su labor informativa y su interés por las elecciones del Reino Unido.

Margarita Peya

Profesora TEU Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona

Codirectora del Master de Gestión de los Servicios de Enfermería Fundación IL3 UB

Introducción

La época actual es compleja en todos los ámbitos de nuestra sociedad. Parece que ya no sirven las fórmulas que hasta ahora usábamos y se hace necesario buscar otras nuevas apelando a la imaginación, la creatividad y la evidencia de los hechos, pero manteniendo los valores y principios éticos inherentes a cualquier organización sanitaria o ámbito profesional.

El sistema sanitario como estructura inmersa en la sociedad recibe las influencias de los entornos social, económico, político, cultural y de los propios profesionales que lo configuran y que pueden determinar su organización actual y futura. En nuestro país, en el año 1986 se promulgó la Ley General de Sanidad, una ley que aunó unos servicios sanitarios fragmentados en un sistema integral de salud. Dicha ley conceptualizó la salud como un derecho de los ciudadanos de nuestro país y puso los cimientos del estado de bienestar. Se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), como ente público, solidario y equitativo que garantizaba a los ciudadanos el acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad. Cabe decir que existen diferencias significativas en cuanto a lo que cada comunidad autónoma decide gastar para la salud de su población. Pero, a pesar de todo, el sistema funciona bien, también en gran medida gracias al esfuerzo y competencia de sus profesionales y los resultados de los indicadores de salud que muestran que están entre los mejores de Europa.

La actual crisis económica en la que estamos inmersos, hace que parezca que no sea posible mantener este sistema sanitario público, basado en el estado del bienestar, porque ya no es sostenible. La discusión ya no está sólo en introducir instrumentos de gestión privada en la sanidad pública, va un poco

más allá; se trata de reducir la cartera de servicios sanitarios a la población, tal como muestra la legislación sanitaria promulgada en abril de 2012. También se lee el querer potenciar la sanidad privada, que parece más productiva y eficiente que la pública.

Ante este panorama, es de vital importancia que el sistema sanitario público sea absolutamente transparente, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos.

En este escrito me referiré a por qué hasta ahora nuestro sistema sanitario es uno de los mejores de Europa, a ciertos aspectos legislativos que pueden incidir en un cambio de modelo sanitario y sobre los que vale la pena hacer unas breves reflexiones, al concepto de gobernanza como elemento para lograr la transparencia del sistema, a qué aspectos deberían cambiar para hacer más sostenible y transparente nuestro sistema sanitario y, finalmente, de qué manera podemos contribuir los profesionales enfermeros a dicha sostenibilidad y transparencia.

¿Nuestro sistema sanitario es realmente uno de los mejores?

La Ley General de Sanidad fue una apuesta política valiente por parte del gobierno de aquel entonces, que vio la posibilidad de mejorar la salud de todos los ciudadanos de este país, en base a unos servicios de salud universales y una amplia cartera de servicios no limitada por condiciones socioeconómicas. Dicha cartera no tenía restricciones de uso y el copago estaba muy acotado al uso de los medicamentos. Ello hacía que junto con la accesibilidad, la equidad y las prestaciones, fuera considerado uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo.

Cabe decir que en los países donde impera un sistema nacional de salud, los indicadores son mucho mejores y la esperanza de vida es mayor. En esta línea, nuestra sociedad, según los datos que presenta el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), la esperanza de vida al nacer es una de las mejores de Europa (77,7 años en los varones y 84,4 en las mujeres) y la esperanza de vida a los 65 años es de 17,9 en los varones y de 22 años en

las mujeres. Estos indicadores se sitúan entre los mejores de los países europeos. Y en las encuestas de salud dirigidas a los usuarios, según los últimos datos del MSSSI, el 75% de la población tiene una percepción positiva de su salud. Por lo tanto, es importante mantenerse firme y defender este sistema de salud universal que existe en nuestro país, ya que está dando unos óptimos resultados. Ello no quiere decir que se corrijan las deficiencias necesarias para que el sistema sanitario público sea más eficaz y eficiente en su gestión y mitigue aspectos que preocupan enormemente a la población, como pueden ser las listas de espera por intervenciones quirúrgicas, por poner un ejemplo.

Si se hace la valoración del sistema sanitario en cuanto a los índices de mortalidad, en general España está por encima de la media de los países europeos, incluso de alguno de ellos que también dispone de un SNS. A la vez, cabe decir que el esfuerzo y el trabajo bien hecho es importante, ya que nuestro país tiene uno de los peores indicadores económicos de Europa. Además si se compara el gasto per cápita, España es de los países que tiene una media inferior a los de la Unión Europea.

De todas formas, cabe tener en cuenta que la salud y el estado de bienestar están estrechamente relacionados con la calidad de vida y en este caso los índices de desempleo son tan altos que pueden afectar a la salud de nuestros ciudadanos. En un futuro próximo podemos encontrarnos con un incremento de diferentes problemas de salud y sociosanitarios relacionados con dicho desempleo. Este es uno de los aspectos a los que los profesionales sanitarios no podemos aplicar ninguna solución directa, pero sí podemos estar alerta para detectar, ayudar y prevenir dichos problemas de salud, en las personas susceptibles de desarrollarlos, para que sean lo más leves posibles. Debemos recordar que de acuerdo con los datos de los barómetros sanitarios, el sistema de salud está muy bien valorado por los ciudadanos, los cuales muestran un alto nivel de confianza hacia los profesionales de la salud.

Pero sí que se puede concluir, diciendo que nuestro país incluso posee un sistema sanitario de calidad y de los mejores del mundo...

¿Una legislación sanitaria que promueve un cambio de modelo sanitario no equitativo?

Después de la Ley General de Sanidad, nuestro país promulgó diferentes legislaciones, tales como, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (2003). La primera incide entre otros aspectos en la necesaria coordinación y cooperación de las administraciones sanitarias públicas en el ejercicio de sus respectivas competencias, para garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. El objetivo de la segunda era dotar al sistema sanitario de mecanismos reguladores de los diferentes profesionales que intervienen en el sistema sanitario. Las dos leyes seguramente eran necesarias para matizar algunos aspectos no regulados.

Pero en abril de 2012, ya inmersos en esta compleja crisis, se publica un Real Decreto (RD) ley sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Dicho RD es preocupante y comentaré algunos de sus aspectos, ya que supone un enfoque distinto del que hasta ahora contemplaba la legislación sanitaria.

De acuerdo con este RD, nuestro sistema sanitario pasa de ser un sistema sanitario de carácter universal en su propia definición, a ser un sistema sanitario con vocación de universal. Es un matiz pero enormemente importante puesto que supone que sólo queremos tender a la universalidad y, por lo tanto, no quiere decir que el sistema lo sea. Primer signo de cambio de modelo sanitario que indica que no todos los ciudadanos tendrán acceso al sistema sanitario público.

Antes de la aprobación de este RD, teníamos la condición de ser ciudadanos con derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. En cambio ahora hemos pasado a ser asegurados o beneficiarios de un asegurado. Exactamente el RD dice: «La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado». Continúa: «Tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España,

el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%». Esto no es un simple cambio de nomenclatura, supone que el derecho a la atención sanitaria pública de todos los ciudadanos se verá discriminada por su situación laboral y también social. Este cambio de enfoque supone una tendencia clara, más propia de un sistema sanitario basado en la seguridad social, más que en un SNS. Tal como el RD indica, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, retoma un importante protagonismo al ser el organismo decisorio y transmisor de la tarjeta sanitaria individual. Sobre este apartado, solamente manifestar una gran preocupación ante este paso hacia un cambio de modelo de salud que, hasta ahora, era un ejemplo para muchos países del mundo. Sólo cabe observar los indicadores sanitarios.

Plantea una cartera de servicios asistenciales llamada «cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud», definida a modo de resumen como «el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias», en tres modalidades:

- Cartera común básica de servicios asistenciales. Comprende las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y transporte sanitario urgente, que estarán financiadas públicamente.
- Cartera común suplementaria. Incluye prestaciones realizadas ambulatoriamente y que están sujetas a la aportación del usuario. Comprende las prestaciones farmacéuticas, ortoprotésicas, y con productos dietéticos. También el transporte sanitario no urgente.
- Cartera común de servicios accesorios. Comprende actividades, servicios o técnicas no esenciales y que pueden ser coadyuvantes o de apoyo y que estarán sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

Por otra parte, de acuerdo a esta legislación, las comunidades autónomas pueden establecer la propia cartera de servicios complementaria que debe incluir cuanto menos la cartera común básica de servicios asistenciales.

¿Qué aspectos cabe resaltar de este apartado? A grandes rasgos, por ejemplo, está la no financiación pública del sistema sanitario no urgente, que es aquel que precisan los pacientes crónicos que por sí mismos no pueden desplazarse a una institución sanitaria, o los pacientes que precisan desplazarse a servicios de rehabilitación, o los que requieren tratamientos especiales y que se encuentran en un deteriorado estado de salud. Esto sería un ejemplo, ya que todos ellos suelen presentar problemas de movilidad. Dado que hace referencia a que no hay límite en la cuantía, se tendrá que ver cuál va a ser la aportación del usuario.

Otro apartado importante de este decreto ley es el que hace referencia a las medidas sobre la prestación farmacéutica. Más de 12 páginas están dedicadas a este tema. La prestación farmacéutica estará sujeta a la aportación del usuario, de acuerdo a su nivel de renta y que dicha aportación la hará en el momento de la dispensación del medicamento.

El esquema que plantea este RD, referente a la aportación del usuario hace 4 diferenciaciones y es la siguiente:

- a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas.
- b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas.
- c) Un 40 % para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.
- d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

Como puede verse es una situación compleja ya que preocupa enormemente también a los mecanismos de su puesta en marcha. Da la impresión que lo

que el Gobierno se quiere ahorrar por un lado, lo va a gastar igualmente con los mecanismos que ha de poner en marcha, en un país donde la tecnologías de la información y la comunicación, aún adolecen de grandes debilidades.

Otros apartados a destacar son el que hace referencia a las medidas en materia de recursos humanos que modifica algunos de los aspectos de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y también otro que hace referencia al de registro de profesionales.

A grandes rasgos, he intentado destacar algunos de los aspectos que se han modificado en nuestro Sistema Nacional de Salud, que a todos nos preocupa y nos llena de incertidumbre frente a un sistema que hasta ahora se consideraba de los mejores del mundo.

La gobernanza necesaria para la transparencia del sistema sanitario

En esta época en que la corrupción a diferentes niveles de nuestra sociedad, lamentablemente es un hecho, conviene recuperar términos que nos pueden ayudar al «buen gobierno» de las organizaciones que constituyen el sistema público y en especial de nuestro sistema sanitario.

El concepto de gobernanza, de acuerdo con diferentes autores, contempla aspectos como la coordinación de sistemas sociales, relaciones público-privadas y dependencia de autoridad informal. De acuerdo con la Comisión de la Comunidad Europea, el concepto de gobernanza incluye los principios de apertura, participación, responsabilidad, eficacia y coherencia.

Específicamente la Organización Mundial de la Salud, cuando habla de gobernanza en el sistema sanitario, se refiere a «la participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas, y prácticas que promueven sistemas de salud sostenibles y equitativos. Para ello la información debe ser relevante y fácilmente accesible para políticos, gestores, sanitarios y el público en general. A todos los niveles el buen gobierno sanitario requiere transparencia, responsabilidad e incentivos para promover la participación». De ahí que el concepto de gobernanza refirién-

dose al buen gobierno de las organizaciones, necesariamente ha de disponer de la información necesaria y suficiente para la toma de decisiones evidenciada por los datos disponibles. Además dicha información ha de ser visible, es decir disponible para todos los protagonistas, a fin de lograr la necesaria transparencia del mismo. Los ciudadanos como usuarios del sistema han de tener derecho a conocer toda la información para poder tomar las decisiones con respecto a su salud, de forma plenamente informada.

La gobernanza también ayuda a tener una visión más global e integradora del sistema sanitario y a la vez potencia la rendición de cuentas como elemento inherente a la transparencia.

¿Qué mejoras son necesarias para hacer más sostenible y transparente nuestro sistema sanitario?

A grandes rasgos serían, entre otras:

- Unas políticas de salud centradas en la mejora de la salud del ciudadano, como persona usuaria del sistema sanitario y no centradas solamente en su diagnóstico y tratamiento.
- Una descentralización a nivel de territorio, de forma que se coordinen mejor todos los servicios de atención primaria, salud pública, atención hospitalaria y socio sanitario. A buen seguro que se coordinarían mejor los diferentes niveles de atención.
- Unas óptimas bases de datos con indicadores de calidad comparativos de los diferentes dispositivos sanitarios a modo de información y rendición de cuentas. Asequibles tanto a los profesionales como a los ciudadanos, de forma que puedan ayudar al usuario, a la familia que presenta un problema de salud a tomar mejores decisiones. Es decir disponer de datos de resultados comprensibles, transparentes y asequibles.
- Una reorganización de las estructuras hospitalarias ya que mayoritariamente, en un futuro, los ingresos irán ligados a procedimientos terapéuticos de alta complejidad tecnológica o también reagudizacio-

nes de pacientes con enfermedades crónicas. Se precisaran también dispositivos de apoyo para la resolución rápida y efectiva de problemas de salud. Ante este panorama la humanización y la atención personalizada del paciente y familia son clave. Por otra parte, esta reorganización ha de ir acompañada de una gestión dinámica, flexible en la que se promueva la gestión clínica y de cuidados. Ello implica la creación de organigramas más horizontales en los que se muestre el liderazgo clínico y de cuidados. La dirección ha de estar al servicio de los profesionales asistenciales, verdaderos protagonistas, junto con el paciente, del sistema sanitario.

El sistema informatizado de datos ya iniciados, en cuanto a resultados de indicadores de calidad, son básicos. También para una mejor coordinación de la asistencia, se requieren estructuras transversales ágiles y especializadas. Por ejemplo, en el ámbito enfermero, las enfermeras clínicas (geriátricas, control de infecciones, procesos de duelo, etc.), las gestoras de casos, entre otras.

A nivel de la atención primaria, dado el crecimiento importante de pacientes crónicos complejos, se han de potenciar las estructuras de coordinación, como son la gestora de casos o la enfermera de enlace. Una óptima coordinación y seguimiento pueden evitar procesos de agudización en este tipo de pacientes.

En el ámbito sociosanitario, la diversidad de modelos existentes en las diferentes comunidades autónomas, dificulta la comparación, lo que no redundará en su transparencia.

¿En qué podemos contribuir los profesionales enfermeros para hacer el sistema sanitario público más transparente y sostenible?

La sostenibilidad del sistema sanitario depende en gran parte de todos los profesionales de la salud y la actuación es clave en la obtención de unos óptimos niveles de calidad asistencial y satisfacción para el usuario, paciente y familia y también del propio profesional.

Desde la profesión enfermera y en relación con la sostenibilidad, algunas reflexiones que quizás deben analizarse son las vinculadas al cuidado directo de los usuarios y familias, a la gestión de los cuidados y a la propia actuación profesional, como miembro del equipo interdisciplinar de salud o como miembro de la propia disciplina enfermera.

La actuación de los enfermeros es clave en muchos aspectos. Por ejemplo, el encarecimiento del sistema sanitario, entre otros aspectos, viene dado por el incremento de la esperanza de vida y el consecuente aumento de las enfermedades crónicas. ¿Quién realiza el seguimiento continuado de los enfermos crónicos de nuestra población, promoviendo hábitos de vida saludables e impartiendo la información y educación sanitarias suficientes para que no se agudicen los problemas de dichas enfermedades, de forma que los usuarios, puedan llevar una vida lo más sana posible y mantengan su nivel funcional óptimo? ¿Quién educa y apoya al cuidador informal principal del paciente crónico para que pueda cuidarle de la mejor forma posible? La respuesta a estas preguntas, debería ser que la mayoría de las veces son los enfermeros los que realizan estas actividades.

Las estancias hospitalarias son otro tipo de encarecimiento de nuestro sistema sanitario y todos los profesionales sanitarios pueden ayudar a mitigarlo. En este caso también la contribución enfermera es importante. Con un excelente nivel de prestación y coordinación de los cuidados que presente el paciente, a buen seguro que, de no presentar complicaciones, su periodo de estancia hospitalaria será inmejorable.

El material fungible también es una parte no despreciable de los costes sanitarios. La gestión y utilización de dicho material es, en gran parte, responsabilidad de los enfermeros. Otro ejemplo de contribución a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, si la gestión y la utilización son óptimas.

Como ya se ha dicho, para que haya transparencia, se precisa disponer de buenas bases de datos y que éstas sean ágiles y fáciles de registrar para los profesionales. También para poder comparar, se necesita cierto grado de estandarización. Un ejemplo de ello es el proyecto de Planes de Cuidados estandarizados, programa ARES —que significa «programa de armonización

de estándares»— de los cuidados de enfermería de los Hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Este programa, dirigido por Maria Eulàlia Juvé, ya ha pasado las fases piloto y está ya en fase ejecutiva, aplicándose en los 8 hospitales del ICS. De hecho, es un sistema de información e implementación de los cuidados enfermeros integrados en la historia clínica del paciente. Dicho programa contiene más de 400 planes de cuidados estandarizados de cuidados médico-quirúrgicos, maternos infantiles y de salud mental. A modo de ejemplo, en el año 2011, se cubrieron más de 25.000 episodios de cuidados en el área de hospitalización, sin que se haya producido ningún efecto adverso desde el inicio del proyecto. Este programa aportará transparencia y mostrará el valor de los cuidados enfermeros al proceso asistencial y permitirá la comparación de resultados de cuidados en los 8 hospitales del ICS.

Conclusiones

Tal como decía al principio, nos encontramos inmersos en una crisis compleja y se hace necesario reflexionar sobre algunos aspectos que pueden hacer peligrar la sostenibilidad del sistema sanitario actual y también ver de qué forma podemos mejorar algunos aspectos, desde nuestro propio trabajo y actuación profesional, de forma que el sistema sea transparente y se centre en las necesidades de salud de nuestros conciudadanos, aportándoles el apoyo y la seguridad que precisan.

Bibliografía

- Comisión Europea. *La gobernanza europea. Un libro blanco*. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2001.
- García Ortega, C., Almenara Barrios, J., «Nuevo escenario para el Sistema Nacional de Salud: transferencias y novedades legislativas». *Medicina Clínica*, 2004. Núm. 123, vol. 2, p. 61-65.
- Juvé Udina, M.L. (ed.) *Plans de cures estandarditzats per a malalts hospitalitzats. Programa Ares d'harmonització d'estàndards de cures infermeres dels hospitals de l'Institut Català de la Salut*. Barcelona: Institut Català de la

Salut, 2013. Disponible en: <<http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/Planscures.pdf>>.

- Meneu, R., Ortún, V., *Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis*. *Gaceta Sanitaria*, 2011. Núm. 25, vol. 4, p. 333-338.
- Peya, M., «Algunas reflexiones sobre la legislación referente a nuestro sistema sanitario (I)». *Nursing* (edición española), 2012. Núm. 30, vol. 6, p. 6.
- Peya, M., «Algunas reflexiones sobre la legislación referente a nuestro sistema sanitario» (II), *Nursing* (edición española), 2012. Núm. 30, vol. 7, p. 6.
- Piqué, J. M., «¿Dónde está y hacia donde va nuestro sistema sanitario?». *Medicina Clínica*, 2013. Núm. 11, vol. 140, p. 514-9. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10018>>.
- Trilla, A., «Transparencia del sistema de salud: rendir cuentas ya no es opcional», *Medicina Clínica*, 2012. Núm. 139, vol. 9, p. 395-397.
- WHO. *Good governance for health*. Ginebra: World Health Organization, 1998.

Joan Pons

Responsable de evaluación de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de la Generalitat de Catalunya

A pesar de que queda un largo recorrido, el sistema sanitario público catalán ha emprendido desde hace un tiempo una política de transparencia que se puede ejemplificar en la Central de Balances, la publicación de contratos con los proveedores y, muy especialmente, con la Central de Resultados que presenta e identifica los proveedores según los indicadores seleccionados.

La medicina, pese a su sustrato biológico, es una ciencia imperfecta al ser los individuos que trata muy heterogéneos, al haber múltiples determinantes de salud ajenos al sistema sanitario propiamente dicho, al ser probabilística en su orientación y estar ligados los resultados a elementos de estructura y proceso, entre los que destacan las habilidades y capacidades técnicas del profesional de la salud en el manejo de lesiones y enfermedades y que, junto con otros profesionales, constituyen la atención sanitaria. Todo esto da gran relevancia a la información sobre los resultados alcanzados en función de las características de los enfermos, del profesional y de las instituciones. La evaluación de la propia actividad realizada y sus consecuencias pasa a ser una obligación deontológica estrechamente ligada al profesionalismo. Por lo tanto, la retroalimentación sobre el manejo de la enfermedad y los logros obtenidos, de la misma forma como con la comparativa (*benchmarking*) con el objetivo de aprender de las mejores prácticas, resultan claves en la mejora continuada de la calidad de la atención sanitaria, lo que simplemente significa la obtención de una mayor efectividad (y seguridad) y eficiencia.

En el ámbito de la práctica clínica y la investigación médica, se considera desde hace años la declaración de intereses, esto es, hacer públicos aquellos elementos externos (no solamente los financieros) que pueden influir en las conductas, como un elemento primordial de transparencia. Así se puede juzgar hasta qué punto los conflictos pueden sesgar las recomendaciones o los resultados publicados. Ya se dice que ningún profesional tendría que recibir regalos de la industria que no pudiera confesar a sus pacientes. Pero

esto ya no es suficiente hoy en día, pues en los sesgos, por su propia naturaleza, son muy sutiles. Cada vez son más las legislaciones que obligan a transparentar (*sunshine legislations*) las relaciones de los profesionales e investigadores con la industria farmacéutica y de productos sanitarios.

Finalmente, el nuevo modelo relacional (deliberativo) entre médico y paciente, el predicamento de la autonomía y el consentimiento informado, obliga a superar las barreras de la asimetría de la información y proveer a los ciudadanos de toda esa información que permita unas decisiones compartidas en base a la mejor evidencia científica y los valores/preferencias de los pacientes. Por esto, es necesario transparentar de forma comprensible los beneficios y riesgos, propios de cada contexto, de las diferentes alternativas que se puedan considerar.

Àngel Puyol

Director del Departamento de Filosofía de la UAB

Joan Subirats dice en su texto que una parte fundamental de la transparencia en las políticas públicas, también en el sistema sanitario, consiste en «construir políticas que favorezcan la plena igualdad y libertad». No puede ser de otra forma, ya que el fin último de las políticas públicas es la garantía de igualdad y de libertad para todos los ciudadanos. Todos los objetivos intermedios tienen que ir referenciados a este fin último y legitimador.

El problema es que no es fácil definir cuál tiene que ser esta igualdad y libertad que queremos conseguir con las políticas públicas, más allá de repetir una conocida retórica que constantemente gira en torno a estos valores y principios fundamentales de toda democracia sin pararnos a decir qué queremos decir y qué no queremos decir cuando hablamos de igualdad y libertad. Quiero decir: podemos afirmar que igualdad significa igualdad de oportunidades, ausencia de discriminación, igualdad ante la ley, acceso equitativo, igualdad en el trato, igualdad de uso de servicios públicos, etcétera. Pero, ¿cuál es el contenido de todo esto? Por ejemplo, igualdad de acceso al sistema sanitario. ¿Significa que tenemos que atender a todos los enfermos, con independencia del coste económico del tratamiento y de su efectividad, a pesar de que ésta sea exigua? Pensemos en la ausencia de discriminación. ¿Significa que el sistema sanitario atenderá a todos los inmigrantes sin papeles, a todos los que vengan de fuera?

En el caso de la libertad pasa lo mismo. ¿Qué libertad tienen que promover las políticas públicas? ¿La libertad de no ser molestado por la autoridad? ¿La libertad de promover la capacidad individual de alcanzar metas que sin ayuda pública no se podrían alcanzar? ¿La libertad de vivir sin enfermedades? No todas las libertades imaginables son posibles, no todas las libertades posibles son compatibles entre sí. Incluso, no todas las libertades posibles y coherentes entre sí son compatibles con cualquier idea concreta de igualdad.

Por lo tanto, si no definimos bien a qué igualdad y libertad concretas y compatibles entre sí nos referimos, no sabremos qué objetivos estamos persi-

guiendo con las políticas públicas. Pero, en este punto, aparecen muchos problemas. El primero es que las definiciones de estos valores son múltiples (incluso las que son compatibles entre sí) y los actores a intervenir en las definiciones también son muchos y tienen intereses variados, como destaca el texto de Subirats. El segundo problema es que cuando hacemos el esfuerzo colectivo (en el mejor de los casos: con la democracia) de concretar alguna definición, enseguida surge la ideología, que tiene como efecto inevitable la rotura del consenso alrededor de cómo interpretar los principios de igualdad y libertad. Por ejemplo, cuando un nuevo gobierno (democrático) define la libertad como la libertad de acceder al médico que uno desee y, en consecuencia, subvenciona la sanidad privada para que todo el mundo tenga igualdad de acceso al médico que uno desee, no es difícil ver el sello de una ideología determinada detrás, una ideología que rompe el consenso sobre lo que tendría que significar libertad e igualdad. En el caso opuesto, si un gobierno (también democrático) decide que la libertad y la igualdad consisten en ofrecer a todos los ciudadanos la mejor sanidad pública posible (financiada con tantos recursos que se termina por desincentivar la existencia de una sanidad privada alternativa de calidad), también aparece la ideología, pero ahora en sentido contrario.

Sin embargo, necesitamos definiciones públicas de lo que significa libertad e igualdad, definiciones que tienen que buscar el máximo consenso entre la ciudadanía, si no queremos que los objetivos de las políticas públicas estén vacíos de contenido real (y no meramente retórico) y que estos objetivos sean, por lo tanto, transparentes. Ya se ve, pues, que la paradoja es inescapable: necesitamos algo imposible de obtener. De todas formas, es necesario decir que, en una verdadera democracia deliberativa, es decir, aquella en la que las definiciones de libertad e igualdad no se imponen con la fuerza de las urnas ni del poder económico, sino con la persuasión de argumentos racionales, el consenso alrededor de los grandes objetivos éticos de las políticas públicas es más fácil (y, en cualquier caso, más deseable) de obtener o, por lo menos, es más legítimo.

¿Todas las decisiones del sistema sanitario público que afectan directamente a los ciudadanos tienen que ser transparentes? Por ejemplo, ¿deben publicar-

se las listas de espera en cada hospital para que el ciudadano pueda escoger la lista que más le conviene? ¿Deben publicarse los porcentajes de error y acierto de cada médico en sus diagnósticos y sus intervenciones quirúrgicas? ¿Los médicos tienen que hacer público que a menudo hacen entrar a familiares, amigos y colegas en las listas de espera sin más argumento que el afecto personal? ¿Se debe decir a los enfermos que no trataremos su enfermedad porque es muy caro y la efectividad esperada del tratamiento es muy baja?

Creo que la transparencia en estos casos es aconsejable, porque estoy convencido que saber es mejor que no saber. Pero saber implica costes, de muchos tipos, y se tienen que asumir por parte de todos los afectados. También de los ciudadanos, también de los políticos, también de los profesionales de la sanidad.

Uno de los principales problemas de las instituciones públicas (y también privadas, como argumenta muy bien el texto de Joan Turró) es la corrupción, tanto la corrupción de los individuos (por ejemplo: meter la mano en la caja o favorecer secretamente a los amigos en el acceso a los recursos públicos) como la institucional (por ejemplo: permitir la puerta giratoria de los dirigentes del sector público cuando pasan a ser directivos del mismo sector en el mundo privado). ¿Cómo podemos evitar la corrupción?

Siempre habrá corrupción: es condición del ser humano intentar aprovecharse de una situación personal ventajosa contra los intereses legítimos de los otros. Platón, hace dos mil quinientos años, ejemplificó muy bien el fondo antropológico de la corrupción cuando dijo que si cualquiera de nosotros se encontrara, ni que fuera por casualidad, un anillo que nos permitiera volvernos invisibles a los ojos de todo el mundo, no nos podríamos resistir por mucho tiempo a la tentación de utilizar el anillo para conseguir todo tipo de objetivos personales, aunque éstos estuvieran explícitamente prohibidos o fueran repugnantes a todo juicio moral. Jeremy Bentham, a finales del siglo XVIII, ideó la forma de evitar la invisibilidad que Platón asociaba a la seducción de la corrupción: un panóptico en el que todo el mundo vigila a todo el mundo. Es cierto que Bentham imaginó el panóptico como un edificio de prisiones pero la analogía sirve para toda la sociedad. Si todos vigilan a todos, nadie tendrá la tentación de robar a otros. La división de poderes de la democracia constitucional también cumple, en cierta manera, este objetivo.

El problema es que nuestra sociedad es muy compleja, tiene una miríada de actores y puede resultar muy fácil esconderse en una infinidad de rincones (legales y alegales) durante y después de cometer actos de corrupción. Se pueden llevar a cabo medidas muy útiles contra la corrupción dentro de las instituciones, como la publicación de todas las actuaciones públicas (incluso la compra de un bolígrafo, por poner un ejemplo gráfico) en Internet y en abierto. La idea es que si la ciudadanía puede ver todo lo que hace la Administración, es más difícil que aparezcan incentivos para la corrupción. Una segunda medida puede ser premiar al delator. Se trata de contrarrestar la tendencia casi innata de toda organización a castigar al miembro que delata a los compañeros, aunque esté denunciando actos corruptos. Sería necesario buscar la forma en que el delator, el miembro de la institución que puede probar un acto de corrupción en el interior de ésta, recibiera un premio público (un ascenso, una generosa compensación económica,...).

Pero estas y otras medidas pueden ser insuficientes para controlar tanta avaricia. Al final, como bien sabían también Platón y Bentham, necesitamos constantemente un órgano de control superior que nos vigile a todos. Pero, ¿quién vigila al vigilante? La respuesta a la pregunta siempre genera una nueva pregunta y así hasta el infinito. La autolimitación del poder del último vigilante es imposible y, sin embargo, necesaria. El resultado es que ningún procedimiento jurídico permite excluir definitivamente la corrupción (insisto en esto: tanto la personal como la institucional). Esta conclusión fue bien conocida por un eminente filósofo del derecho de estos lares, Albert Calsamiglia, que antes de morir publicó el mejor tratado contra la corrupción que he leído: *Cuestiones de lealtad* (Barcelona: Paidós, 2000). Calsamiglia cree que el único antídoto realmente eficaz contra la corrupción es la lealtad, que define de la siguiente manera: lealtad es ser fidedigno, verídico, legal y fiel en el ejercicio del cargo público. Sin lealtad, no hay verdadera democracia ni confianza de los ciudadanos entre sí. Pero la lealtad no se legisla, ni se vota, ni se negocia: es una actitud personal y colectiva frente a asuntos públicos. Es ética.

Anna Ramió

Vocal de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona. Profesora titular de la EUI de Sant Joan de Déu

La transparencia es un valor en todo sistema democrático. La transparencia en el sistema sanitario público en sí mismo es o tendría que ser incuestionable, pues se trata de un sistema que es un bien común subvencionado por toda la ciudadanía. La transparencia en este caso es un ejercicio de responsabilidad de los que gobiernan y también de todos/as y cada uno/a de los que trabajan dando servicio sanitario directa o indirectamente a los ciudadanos. La transparencia como responsabilidad se traduce en rendir cuentas (*accountability*) de las decisiones tomadas y de los resultados obtenidos a nivel local y/o general (Griffith, 2005). El propósito de este escrito es mostrar la importancia del valor de la transparencia como ejercicio de responsabilidad en la gestión de cada agente sanitario en general y de las enfermeras en particular.

La responsabilidad como actitud a nivel personal e individual a la hora de atender a las personas en su estado de salud, y actitud de responsabilidad a nivel de los que gobiernan las organizaciones sanitarias para articular buenas dinámicas de funcionamiento entre los profesionales y personal que generen una atención sanitaria de calidad para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos en esta cuestión.

En el ejercicio de la gobernanza de todo sistema, y en este caso del sistema sanitario público, hay que potenciar la toma de decisiones con la implicación estrecha de los profesionales sanitarios (Araujo, 2012). En un sistema donde la transparencia es o tiene que ser un valor, los gobernantes buscan una comunicación fluida con los profesionales sanitarios, sobre estos aspectos a tener en cuenta en la toma de decisiones sensibles, es decir, aquellas que afectan al sistema sanitario y por lo tanto a la salud de las personas, que es uno de los bienes más preciados del estado del bienestar de nuestras sociedades.

La aportación de cada grupo profesional a la buena praxis sanitaria se realiza desde la observación de las situaciones a partir de una perspectiva única y valiosa (*Libro Blanco de las profesiones sanitarias en Cataluña*, 2003). Entre los profesionales sanitarios, las enfermeras son un grupo profesional que participa de forma activa en el desarrollo del sistema sanitario público. En base a la transparencia, que genera implicación y responsabilidad profesional, con énfasis en época de crisis, donde se debe conseguir menos gasto sin que ello afecte a la calidad en lo que realmente es imprescindible, las enfermeras tienen mucho que decir, mucho que proponer, mucho en qué colaborar.

Están facultadas para desarrollar las competencias que desde la formación y adquisición progresiva de experiencia poseen. Están comprometidas con los valores profesionales consensuados en el seno del propio colectivo. Contribuyen a dar información detallada de lo que es esencial e irrenunciable en cada proceso sanitario. Desarrollan formas creativas de cuidados, susceptibles de buscar evidencias científicas para ser aplicadas en la práctica. También colaboran en estrategias encaminadas a la mejora organizativa interna de los distintos niveles de atención y de racionalizar el material de uso sanitario. Cuestiones relativas a optimizar los recursos de la práctica diaria se han implementado con éxito en distintas instituciones sanitarias, como por ejemplo en los hospitales en la mejora de la gestión de las altas y en las medidas de no gasto económico del acompañante de la persona atendida, o en atención primaria en el aumento de la eficacia de la atención enfermera en las escuelas y en racionalizar la burocracia en la emisión de certificados.

Convertir en sostenible el sistema sanitario público es un deber, especialmente crítico por el momento actual que vivimos. Muchas personas desde el inicio del periodo democrático han contribuido con esfuerzo y honestidad a hacerlo posible. Quienes tienen la responsabilidad de gobierno general de estas instituciones son los que en el ejercicio del valor de la transparencia tienen que primero rendir cuentas a la población y exigirle a cada uno de sus profesionales sanitarios (McInnis, 2009), están unidos en un único compromiso social. Creer en el poder del diálogo y el ejercicio de un liderazgo que articule la calidad humana y los valores (Castiñeira, 2012) es lo que más necesitan las instituciones sanitarias públicas, porque son entidades con una

alta complejidad. Líderes que transmitan transparencia y que, desde su papel, sean capaces de evaluar globalmente la toma de decisiones e implementar estrategias consensuadas con los distintos agentes profesionales, para crear comunidades éticas en la práctica asistencial.

Bibliografía citada

- Araujo Montahud, J., Brunet Icart, I., (2012) *Compromiso y competitividad en las organizaciones*. Tarragona: Publicacions URV («Biblioteca digital, 9»), 2012.
- Castiñeira, A., Lozano, J. M., *El poliedro del lideratge*. Barcelona: Barcino («Observatori dels valors, 14»), 2012.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, *El libro blanco de las profesiones sanitarias en Cataluña*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2003. Disponible en: <<http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/eslibroblanco.pdf>>.
- McInnis L. A., Parsons L. C., «Thoughtful nursing practice: reflections on nurse delegation decision-making». *Nursing Clinics of North America*, 2009. Núm. 44, vol. 4, p. 461-70.

Begoña Román

Profesora de Ética de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona

Los «problemas de salud»

Partiendo de un planteamiento pragmático, diríamos que pensamos porque tenemos problemas, y lo que hace falta al pensarlos es tratar de resolverlos. Los problemas de nuestro sistema sanitario público son inherentes a sus tres dimensiones, esto es:

- Debido a que es un problema del sistema, es necesario hacer un planteamiento sistémico, del todo, no quedarnos solamente en la parte ni en la anécdota.
- Debido a que se trata de la salud (y no sólo de la salud de un individuo, ni la salud entendida como la mera ausencia de enfermedad, sino la salud de todos que incluye, más allá de la enfermedad, valores como bienestar, seguridad, prevención, etc.), es necesario discutir sobre límites y sobre los niveles de riesgo que estamos dispuestos a asumir.
- Y debido a que se trata de un sistema público, tenemos que situarlo dentro de un marco de justicia, de reconocimiento y de garantía de derechos, donde la salud de todos es un bien común que tiene que estar salvaguardado por la Administración. En Cataluña hemos sabido construir un marco normativo de universalización y equidad, de reconocimiento de derechos pero, tal y como está ahora, no es sostenible.

Aristóteles nos recuerda que deliberemos sobre los medios, no sobre los fines. Las finalidades del sistema tienen que ser la calidad de vida de los pacientes, que son humanos (tienen dignidad, pese a que no puedan pagar o no tengan papeles); la calidad de la atención recibida, y la coordinación entre servicios que garantiza su continuidad con correcta delegación. Esto ya marca normativamente qué no se puede hacer ni dejar de hacer. Los fines de las ciencias de la salud y de los sistemas públicos son los que son, lo que

tenemos que acordar es el *cómo* de hoy. Pero si el problema es de sostenibilidad en contextos de justicia, la discusión entre los afectados por las decisiones de qué entra y qué no entra en la cartera de los servicios públicos es insoslayable.

El concepto de salud y las problemáticas que su falta genera son culturales, dependen de las expectativas. Por este motivo tenemos que explicar qué, como sociedad, estamos dispuestos a dar a cualquiera que lo necesite, o si solamente lo daremos a aquél que haya cotizado y hasta donde haya cotizado: la diferencia entre demanda social y necesidad pública es algo que se tendrá que aclarar.

Con estas coordenadas se trata de pensar el sistema público de salud acordando criterios compartidos (equidad, proporcionalidad, eficiencia...) desde donde tomar decisiones a nivel sistémico, a medio y largo plazo, y no a corto plazo. Hacerlo requiere tener horizontes de sentido (finés, misión), objetivos claros y definidos, publicados y aceptados por el público desde donde se establecen las estrategias en el tiempo (visión) y en coherencia con los valores con los que nos queremos identificar como sociedad.

En efecto, para gestionar bien los bienes públicos es preciso tener espacios de discusión pública, lo que implica sentirse afectado, e implicarse. Pero como no tenemos suficiente tradición democrático-deliberativa, dejamos que las decisiones las tomen solamente una parte de los afectados, los gestores públicos, y que éstos lo hagan sin contar ni con los que lo tienen que disfrutar/sufrir, los pacientes, ni con los que lo tienen que llevar a cabo, los profesionales y las organizaciones. Y cuando sí los tienen en cuenta, no siempre se sopesa suficientemente la presión de unos o la facilidad de otros para conseguir audiencia.

Así pues, el cambio del sistema sanitario de salud pasa, en primer lugar, por un cambio en la forma de pensarlo y concebirlo: no es sólo cuestión de economía, ni de política, es cuestión de ideología. Pero para que ésta, por otra parte inevitable, no sea perversa, tiene que poder ser pública, presentarse en público argumentativamente, para ser allí, una vez desenmascarada, rechazada o apoyada. De ahí la importancia de la transparencia.

Las preguntas sobre la transparencia del sistema

En la sociedad del conocimiento la gestión se convierte en un riesgo en gestión, de la incertidumbre y, por lo tanto, de la complejidad. Y esto supone delegación responsable de las tareas, una evaluación de lo que se ha hecho, y voluntad política para, a partir de la evaluación, llevar a cabo los cambios pertinentes. Estas medidas requieren una autorregulación ética (necesaria pero insuficiente) y, a su vez, una regulación deontológica y jurídica. *A priori* sabemos que siempre queda alguien que no está controlado, pero poner las cosas difíciles al oscurantismo, que es síntoma de vergüenza, es muestra de madurez de un sistema.

De esta forma, para llevar a cabo una delegación responsable de tareas tendrán que hacerse públicas, contra la sociedad anónima, las respuestas a, como mínimo, las siguientes preguntas esenciales que dan razón de la exigencia de transparencia.

- ¿Quién responde de qué delante de quién y por qué? Con esta cuestión explicitamos las personas que han asumido la responsabilidad y demarcamos de qué se han hecho cargo, cuál es el encargo. Aquello de lo que se tiene que dar respuesta es (más allá del cumplimiento del presupuesto asignado) de los servicios de salud, los fines, que no se escogen, y que tienen que ver, como hemos dicho, con la calidad de vida, atención de los pacientes y continuidad de los servicios. Y comprobar si los medios usados han olvidado o facilitado esa meta. El quién ante el cual es necesario dar respuesta es la ciudadanía que, para poder evaluar el desarrollo del encargo delegado, necesita información. Y el por qué es porque se trata de un servicio público que gestiona un bien común como es la salud. Y lo haremos, y no son excluyentes, o por ética (la corrupción es mala por el engaño que supone); o por simple interés egoísta (como decía Kant, incluso un pueblo de demonios sería civilizado con tal de que fuera inteligente: ¡nos jugamos la salud y la calidad de vida!). Qué más da si se acepta la transparencia porque se quiere, porque se está obligado jurídicamente, o a petición de un interesado: la cosa es que se combata el oscurantismo que pone obstáculos al conocimiento de la gestión pública.

- ¿Cómo responde? Los canales pueden cambiar pero lo importante es que la información tiene que ser clara, verdadera, accesible y en cantidad digerible, porque si no, no es información (o llega a ser, por exceso, *infoxicación*).
- ¿Qué se puede permitir? ¿Qué (nos) consentimos? Estas preguntas tienen que ver con el paso de lo ético, y autoregulado, a lo jurídico: pero no es lo adecuado ir resolviendo la cuestión a golpes de sucesos: la previsión y la anticipación son criterios prudentes de los que la administración pública tiene que ser referente.
- ¿Y qué cambia una vez se ha respondido a estas preguntas? Ésta será la pregunta por la eficiencia de la evaluación, la gestión del cambio (también de mentalidades) y la capacidad de aprendizaje en el seno del sistema.

Algunas respuestas-propuestas

Hará falta convencer y persuadir de que la transparencia, fruto del rendimiento público de cuentas (no de 'cuentos' ni sólo de cuentas corrientes), es deseable. La mejor forma de rendir cuentas es que alguien las pida: por ley, por deontología o por códigos de buenas prácticas: institucionalizar la transparencia no puede significar sólo un mero mecanismo, sino algo a lo nos dedicamos en cuerpo y alma y, por lo tanto, nos involucremos tanto profesionales como ciudadanos, pero también gestores y políticos, con lo público.

Habrà que incentivar la división de poderes, en este sentido, sería recomendable la incidencia real en las políticas de los peritajes de las agencias independientes de evaluación, comisiones o comités de ética, de calidad, de seguridad, etc. Y esto obliga a prestar más atención a lo que está basado en pruebas (las «evidencias») sobre lo que es eficiente, lo que es sencillamente mentira y lo que humildemente no sabemos pero tenemos que probar y experimentar. Puesto que, cuando se trata de bienes públicos, tendría que jugarse el dinero mucho más prudentemente: la evidencia, la eficiencia y la proporcionalidad son criterios a seguir.

Por ello habrá que acercar la toma de decisiones a estos agentes-afectados: la descentralización, la proximidad, la subsidiariedad, la flexibilidad son mejores herramientas para incentivar el sentirse parte de algo, porque vivimos el problema y proponemos y discutimos soluciones hoy, despertando la curiosidad por la innovación.

Habrà que romper también con la visión de que, en lo público, la sociedad civil y el Estado son vasos comunicantes. Todo lo contrario, cuanto más sociedad civil se la juegue y apueste, más hará jugar al resto con las reglas claras y compartidas del *fair play*. Si tenemos inteligencia y ganas de trabajar, la cosa funciona, pero sin la lealtad, la confianza, la honestidad, no queda claro al servicio de quién funciona: de ahí la importancia de la transparencia.

Joan Viñas

Jefe de Sección de Cirugía del Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Ex rector de la Universidad de Lleida

La transparencia en las actuaciones públicas, tanto de nuestros gobernantes como de los trabajadores-funcionarios públicos, es esencial para la preservación y funcionamiento de la democracia, disminuir la tentación de nepotismos, fundamentalismos y dictaduras de los que ocupan posiciones de poder —a la escala que sea, demasiadas veces intermedios, no solamente de la alta dirección— y para la mejora de la sociedad, corrigiendo ineficiencias. Lo mismo en cuanto a la sanidad.

Voy a empezar refiriéndome a los aspectos de la transparencia en los datos de microgestión, la que hacemos los profesionales de la salud.

Los usuarios del sistema sanitario, la ciudadanía, tienen que estar bien informados del sistema sanitario que tienen, de sus virtudes y también de sus defectos, para poder responder a los mismos y pedir las mejoras que hagan falta para su superación. Sin información no se tiene capacidad de responder; con mala información las respuestas suelen ser equivocadas.

Como médico asistencial y gestor considero que la mejora de la calidad de la asistencia pasa por evaluarla. Para mí, cada día, cada enfermo, es una fuente de evaluación. Si se cura, si sufre complicaciones, si se muere, si se va insatisfecho, o agradecido, si habla bien o mal de ti, etc. Eso es una buena fuente de evaluación de la calidad.

Pero la medicina no da garantía de resultados. Una misma técnica o tratamiento a un enfermo le va bien y a otro no. Por esto son necesarias las estadísticas que recogen casos y hacen porcentajes y permiten comparaciones con suficiente potencia como para ser significativas. Las tecnologías de la información y la comunicación suponen una gran ayuda que continuamente está mejorando y ofreciendo más posibilidades. Cuando, por ejemplo, nos dicen que el índice de complicaciones de esta patología es de un 15%, y usted tiene un 30%, debemos buscar el porqué. Lo primero es asegurar una buena

recopilación de datos, que demasiadas veces no es correcta, o los datos están amañados, especialmente si están recogidos por el mismo interesado o por su grupo de interés, sin validaciones externas independientes. Otras veces el entorno, los medios de los que dispones, tienen una gran influencia en los resultados. El mejor cirujano del mejor hospital del mundo, llevado a un quirófano sin medios, lo más probable es que fracase mucho más que el que ya está acostumbrado a trabajar ahí y superar las carencias, adaptándose para la mejora posible del enfermo.

Así se crearon en el último tercio del siglo xx los sistemas de evaluación de la calidad asistencial: *quality assurance*, que no «controles de calidad», ya que la misma palabra control da miedo a los controlados y facilita la no colaboración o la ocultación de datos, como he mencionado antes.

Estas evaluaciones suponen un compartir datos que se hacen entre compañeros —lo que se llama *peer reviews*—, y, como suponen un examen constante, hace falta una cultura de evaluación continua que se ha ido introduciendo los últimos años. Hace falta confianza mutua entre evaluadores y evaluados, la aceptación de la autoridad científica y moral de los evaluadores, asegurar su independencia y ausencia de intereses personales y grupales. Hay que establecer mecanismos transparentes y consensuados para conseguir este evaluador «neutral». Los competidores de otros centros pueden evaluar sesgadamente, de la misma forma que si no se controla la recogida de datos puede ser manipulada. Por principio estas evaluaciones de la calidad son «internas», no se hacen públicas las opiniones de las sesiones clínicas sobre posibles errores médicos, tratamientos alternativos no efectuados que han supuesto la complicación o incluso muerte del enfermo. Se sigue el principio de que «los trapos sucios se lavan en casa».

Hasta aquí me he referido a la microgestión, la gestión clínica y la transparencia. Seguiré con la necesaria transparencia en la macro y la mesogestión.

Existe el debate de si la sociedad en general tiene que estar informada de los resultados asistenciales de cada centro, incluido de cada médico, para poder escoger los mejores, ya que se trata de la salud de cada individuo. Este principio en sí es poco rebatible; no obstante, por lo que he mencionado antes, ya

se ve que la recogida y tratamiento de datos es muy importante y produce sesgos que se han de minimizar. No sirve decir: el próximo año saldrán mejor, por el hecho de que «calumnia que algo queda». Los resultados, cuando salen al público deben estar suficientemente validados y garantizados.

La transparencia en los datos es un medio para conseguir una mejora de la sociedad, sea en general, sea en particular. Si ésta no se obtiene haciendo públicos algunos datos determinados, sino todo lo contrario, entonces se crea desazón social, impotencia y empeoramiento de la situación, nos podemos preguntar si es útil o no dar estos datos.

Frente un sistema social de sanidad pública, ¿hasta qué punto damos al enfermo la capacidad de escoger? La pregunta que se formulaban era: si el médico tengo asignado en mi hospital de referencia, tiene peores resultados que el médico que le toca a mi vecina, ¿podré cambiar de médico?, ¿podré cambiar de hospital?

¿Qué hace el sistema con los médicos que no son *top ten*? ¿Qué hace con los mejores que no darían abasto con tantas demandas de asistencia? Además todos ganan igual en el sistema funcional público actual. ¿Trabajarían el doble con la misma retribución? Es necesario, pues, un nuevo sistema de gestión y liderazgo en la sanidad pública. ¿Puede haber una intencionalidad privatizadora a ultranza de exigir una total transparencia sin poner primero los medios para su mejora y solución de los problemas que ocasionan?

¿Es necesario privatizar la sanidad pública como la única forma de buscar la solución de la mejora de la calidad y la transparencia? El argumento clave es que así hay menos controles y burocracias, y se puede gestionar con más libertad y agilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes; por ejemplo, pagar según calidad y productividad, mejorando entonces la calidad. Pero: ¿es realmente eficiente y garantiza la transparencia? Si la «condición humana» hace que «escondamos los defectos» y hemos nacido «egoístas» para poder subsistir —«quien no llora no mama», «para que te hagan favores hay que pedirlos»— y no todos hemos evolucionado igual ganando en apertura a los otros y madurado en la estimación y generosidad, superando el egoísmo. ¿Esta mayor libertad de la privatización *per se* garantiza la mejora

de la calidad y la eficiencia? ¿No tenemos ya suficientes ejemplos de estafas, de aprovechamiento de los cargos, de esconder y mentir al dar los balances de las empresas, bancos, hospitales, etc.? Claro que muchas auditorías que se presentan anualmente son solicitadas y pagadas por la misma fundación o centro, y ya se sabe que «quien paga manda», aunque sólo sea un poco.

Personalmente creo que no hace falta privatizar, ya que es una contradicción *in terminis*: si se tienen que repartir los beneficios a accionistas significa que no todo el dinero se puede reinvertir en mejoras para el sistema. Creo que es mejor modificar la legislación de la función pública, sin miedo, buscando un gran pacto social, aprendiendo —haciendo *benchmarking*—, por ejemplo, de los países socialdemócratas del norte de Europa, los que tienen un alto número de funcionarios que verdaderamente hacen funcionar la Administración. Sólo lo apunto ya que sobrepasa el tema de la transparencia.

Si vemos que es difícil conseguir un sistema sanitario público 100% transparente y libre de acceso y de selección de médico y centro de asistencia, ¿Cómo lo tenemos que hacer para garantizar al enfermo y a la sociedad que no se les engaña, que se les da datos reales, que somos transparentes? ¿Cómo garantizar que no «asustaremos al usuario» y perderá la confianza en su médico, hospital, en el sistema público?, ¿cómo garantizamos que no se convierta en una trampa para privatizar el sistema público y dar grandes beneficios económicos a unos pocos capitalistas o ayudar a financiar los partidos políticos, especialmente la crisis actual (en vez de cambiar y hacer transparente la ley de financiación de los partidos y elaborar una buena ley de la transparencia)?

Cataluña se dotó de una Central de Resultados o de Balances, esencial para la recogida de datos. Cada vez se dan más datos, incluso de resultados asistenciales por centros y patologías. También recientemente se ha puesto en marcha el proyecto «Valorización de la Información del Sistema Sanitario Catalán (VISC+)» para poner la información sanitaria en distintas bases de datos —incluyendo la de la Central de Resultados Económicos y de Salud— a disposición de los propios usuarios del sistema, las empresas y la investigación. Es un proyecto impulsado por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias y ofrecerá la máxima información disponible del sistema sanitario catalán. Hay que asegurar las condiciones que antes he mencionado, tratando de

evitar interpretaciones basadas en intereses particulares que perjudiquen a los generales.

En nuestro país, poco a poco nos iremos acostumbrando a ello como lo han hecho los norteamericanos y otros países del norte de Europa. Tener la máxima información veraz posible es una inestimable ayuda para la toma de decisiones de los gobernantes y representa un refuerzo de la transparencia, las tareas de evaluación de los resultados y la identificación de las mejores prácticas.

A veces el exceso de información es la forma de decir que somos transparentes y al mismo tiempo mantener a los demás desinformados. Hoy hay un exceso de información en la red, careciendo de un procesamiento de esta información para convertirla en conocimiento. Los datos fríos se tienen que interpretar. No sólo deben hacerse públicos, se tiene que dar la interpretación oficial de los mismos para facilitar el debate y la mejora constante de la calidad.

Hay que buscar la eficiencia de todo sistema, de toda empresa y organización, o estaremos malgastando recursos. Para conseguirla es necesaria la transparencia, hay que involucrar a todos los agentes interesados, empezando por los profesionales que son los que dan la atención sanitaria. Se tiene que evitar gobernar con oscurantismo.

Los políticos, que son los que hacen la macrogestión y deciden en el Parlamento los presupuestos y aprueban las leyes, tienen que disponer de la máxima información posible para tomar las mejores decisiones con la menor posibilidad de equivocarse por el bien común. Es preciso que quienes gobiernan lo hagan con la máxima transparencia posible, dando el máximo número de datos posibles. Como son nuestros representantes, tienen que darnos a los ciudadanos estos datos para poder nosotros influir y escoger las opciones que mejor creamos que nos conviene para gobernar y aplicar sus proyectos políticos. Es necesaria, pues, la máxima transparencia posible en la macrogestión.

Los gerentes y dirigentes de los centros sanitarios realizan la mesogestión. Ellos reciben unos recursos anuales y son responsables de dar la máxima

asistencia y con la mejor calidad posible, pero con el dinero que se les ha otorgado. Hay que dar la máxima transparencia a los profesionales de la salud y justificar la distribución interna del presupuesto, las decisiones de contratación, de incentivación, de rendimiento, etc. Y evaluar periódicamente los resultados para hacer los reajustes necesarios. Hace falta formación continua y documentarse bien, asegurar esta difusión interna de la información. Hace falta que los profesionales vayan de acuerdo con los gestores hacia unos mismos objetivos de mejora asistencial, docente, de investigación y de gestión.

Para lograr tales mejoras es necesaria la implicación de los profesionales, que deben tener confianza en los gestores, lo que se logra con transparencia en la difusión de la información. No se debe guardar la información como herramienta de poder. El objetivo no debe ser «mandar» sino «dar el mejor servicio».

Hay que aportar y hacer públicos los resultados asistenciales y los datos de gestión para rendir cuentas de las acciones y decisiones tomadas (*accountability*). Los ciudadanos tienen que estar informados y participar en la gestión, pero no hacer la gestión. Así también se involucra a la ciudadanía en la «cosa pública» y se la responsabiliza también de la gestión de su propia salud, la denominada autogestión.

Frente a recursos limitados, su priorización no debe ser impuesta, sino consensuada al máximo, tratando a todos como a adultos formados, y por esto hay que dar información y educación; es necesaria la transparencia y difusión de datos orientados al bien común.

Se debe preservar la intimidad de las personas y su confidencialidad. Insisto en que toda acción tiene que ir con el objetivo de buscar el bien común, que es el bien de cada persona, sin exclusión por ningún motivo. Para esto es necesario que la sociedad vaya progresando en humanidad y ética, y esto se consigue cuando lo hace cada persona. Hace falta formación adecuada. Los códigos éticos de las instituciones son necesarios, tienen que ser públicos y tienen que incluir comisiones de seguimiento que velarán por su publicidad y aplicación, o corren el peligro de convertirse en simples objetos de *marketing*. Los comités de ética asistenciales son de ayuda para dirigir su aplicación.

La llamada e-Salud debe preservar la intimidad y facilitar la transparencia y rendición de cuentas y la evaluación de la calidad de todos los servicios que se presten. Toda organización dejada sin controles tiende al descontrol, siguiendo la máxima que dice que «lo que no se evalúa se devalúa».

Hay que hacer investigación e innovación en gestión y en la transferencia de datos para ir consiguiendo la mejora continua, aumentando el bienestar y el bien ser de las personas, hacia una sociedad más justa, más equitativa, con más alto grado de felicidad y con el mínimo sufrimiento posible. Investigación que debe ser controlada por los correspondientes comités de ética.

La información debe fluir y llegar de manera inteligible y de fácil comprensión al ciudadano. Una vez dada, ya que la transparencia no es la última meta, como he mencionado antes, hay que activar los mecanismos adecuados para corregir los errores y defectos de funcionamiento que se detecten, o el resultado final puede ser peor que el original.

Fomentar la reflexión colectiva es educativo. Hace falta que todos, políticos, gestores, trabajadores, busquemos esta mejora continua de la sociedad como bien primario, antes que los bienes particulares, legítimos, pero que son secundarios. Un comportamiento ético evita la mentira, la tergiversación de los datos y los que tendrían que ser públicos, aunque perjudicaran al que los da. De esta forma evitaríamos la desconfianza en el sistema público general, y de salud en particular, hecho que sería un gran mal que terminaría con uno de los mejores sistemas de sanidad del mundo que podemos disfrutar, creando injusticias, ya que nuestro sistema permite hoy que seamos atendidos cuando sufrimos una enfermedad aunque no dispongamos de dinero para pagar los gastos que ocasionamos.

La transparencia es clave para la confianza de los ciudadanos en las instituciones. Es preciso un compromiso de todos, ciudadanos, gestores y políticos, y para ello es necesario tener datos fiables al alcance.

Relación de participantes

Ponentes

- Joan Subirats, catedrático de Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Barcelona
- Joan Turró, director general de la Fundación Universitaria Balmes

Especialistas invitados

- Josep M^a Busquets, Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios del Departamento de Salud
- Marc Antoni Broggi, médico y cirujano, presidente del Comité de Bioética de Cataluña
- Catiana Cabrer, gerente de Barnaclínic
- Manuel del Castillo, gerente del Hospital de Sant Joan de Déu
- Marc de Semir, director de comunicación de la Universidad de Vic
- Javier García León, asesor técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Junta de Andalucía
- Josefina Goberna, profesora del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil de la Escuela Universitaria de Enfermería UB
- Pablo Hernando, Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil del Hospital Parc Taulí
- Francesc Moreu, socio y director de Moreu y Asociados
- Jose Jerónimo Navas, gerente del Hospital de la Vall d'Hebron
- Manel Peiró, director del programa Dirección de Servicios Integrados de Salud de ESADE

- Margarita Peya, profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería UB
- Joan Pons, asesor científico de la Agencia de Información, Evaluación y Calidad del Departamento de Salud
- Àngel Puyol, director del Departamento de Filosofía UAB
- Anna Ramió, vocal de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona
- Begoña Román, profesora de Ética de la Facultad de Filosofía UB
- Joan Viñas, jefe de Sección de Cirugía del Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación (en edición)*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*

14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

5. *La ética y la biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

3. La subrogación uterina: análisis de la situación actual

2. Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?

1. ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS