

Entrevista a José Ramón Repullo

Para contactar:
Marta Sastre Paz
martasastrepaz@yahoo.com

Autora:
Marta Sastre Paz. CMS Villaverde. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

**DEJAR DE
HACER ALGO
QUE SE VENÍA
HACIENDO
DE BUENA FE
Y POR EL BIEN
DEL ENFERMO
SIEMPRE ES
DIFÍCIL**

José Ramón Repullo es médico y se dedica a la administración y gestión sanitaria. Ha trabajado de inspector médico y ha sido director del Hospital de Móstoles, subdirector de INSALUD en Madrid, jefe de servicios de hospitales en el Ministerio de Sanidad y director general de planificación, formación, investigación en la Comunidad de Madrid. Desde 1992 está unido a la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III), donde actualmente trabaja como jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud.

Tiene interés por el estudio de los sistemas sanitarios, las reformas y las políticas de mejora de la calidad y la eficiencia. Ha sido presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

- ▶ ¿Qué actividades «tontunas», de las que usted habla en sus escritos, deberían suprimirse porque no aportan nada a la salud? Por favor, ponga algún ejemplo concreto de actividad clínica que no debería realizarse.

Veamos..., podemos considerar ineficaz la administración de estatinas para prevención primaria de la enfermedad coronaria; actividades clínicas inseguras pueden ser tanto los excesos diagnósticos radiológicos e invasivos como la determinación del antígeno prostático específico (PSA) en hombres sin síntomas prostáticos; las innecesarias serían las cesáreas de conveniencia; una acción clínica inútil es el encarnizamiento terapéutico con pacientes terminales; considero que son inclementes las intervenciones que dejan una calidad de vida inaceptable, y que son insensatos los gastos en diagnosticar que no llevan a ningún cambio en el curso natural de la enfermedad, o los tratamientos que apenas dan un grano de efectividad media, pero cuestan una montaña de recursos.

Cualquier médico bien informado puede observar crecientes evidencias de la debilidad en la efectividad de muchas cosas que hasta ahora solo unos pocos parecían cuestionar: osteoporosis, coronariografías diagnósticas, omega 3, cribado con mamografías, vacuna antigripal, etc.

Un ejemplo más bien concreto: según una reciente revisión Cochrane publicada en la *British Medical Journal*, en un estudio en 9.000 pacientes con tensión arterial de entre 140-159 y/o 90-99 tratados durante 4-5 años, estos no redujeron su mortalidad (total, coronaria o cerebrovascular).

- ▶ Los profesionales disponen de argumentos científicos para no hacer algunas pruebas diagnósticas y suprimir tratamientos como, por ejemplo, las mamografías y la vacuna antigripal, pero no está en su mano hacerlo. Si hay pruebas que no sirven para nada, ¿por qué no se eliminan, ya que, además, representan un gasto importantísimo y suprimiéndolas se podría atender otras cosas fundamentales como son las listas de espera, atención a inmigrantes, etc.?

Dejar de hacer algo que se venía haciendo de buena fe y por el bien del enfermo siempre es difícil, tanto para el médico individual como para el servicio público de salud; la carga de la prueba se invierte, y toca demostrar que es inefectiva superando cualquier tipo de duda. Los decisores políticos e institucionales tienen mucho miedo, y para tomar estas decisiones no solo piden evidencia, sino consensos muy amplios; para ello deberían crearse mecanismos de gestión del conocimiento y consenso profesional que ayudaran a autoridades sanitarias a cambiar y a los clínicos a asumir decisiones sensatas sin el temor a ser denunciados o criticados. En realidad, con esto de la desinversión, de lo que se trata es de crear mecanismos para poder decir que no a lo que no añade valor; me temo que ahora no los tenemos.

► ¿Qué es lo más prioritario para que el Sistema Nacional de Salud sea sostenible?

La sostenibilidad externa exige que la sociedad siga apoyando decididamente su sanidad pública con presupuestos razonables y suficientes; la pretensión de bajar a un 5,1% del PIB en 2015 es simplemente insensata y destructiva.

La sostenibilidad interna depende más de cambios estructurales dentro del sector. Desinvertir en lo inefectivo y aumentar la eficiencia interna es muy importante, pero debe acompañarse de medidas de buen gobierno y cambios en la organización sanitaria. Las estrategias de integración y crónicos son mucho más importantes de lo que se cree, pues pueden ayudar a reconducir la medicina atolondrada de los hospitales.

► ¿No sería más sostenible un sistema que priorizara la Atención Primaria y la salud pública? ¿Qué necesitaríamos para rediseñar el sistema?

Yo no concibo un sistema sanitario moderno, de calidad y sostenible, sin que esté pivotado sobre la Atención Primaria. Y el nuestro, aunque afortunadamente tenga la Atención Primaria como puerta de entrada, no le otorga el necesario papel de director de orquesta. Ni la Atención Primaria ni la salud pública están en el genoma del Sistema Nacional de Salud.

¿Qué hacer? Para salir del hoyo, lo primero es no seguir cavando; las medidas sanitarias que ha puesto en marcha el Gobierno de España, y mucho más el Gobierno de la Comunidad de Madrid, van en la dirección contraria. La sanidad pública dentro de no mucho tiempo notará los efectos de menor accesibilidad y calidad, y la práctica médica seguirá una senda de mayor fragmentación.

La salud pública poblacional parece que está perdiendo fuelle: abrir un casino tiene prioridad sobre las restricciones a fumar en lugares públicos. Y en vez de la promoción y protección de la salud, aparece la comercialización de la prevención a través de productos comerciales milagrosos.

Malos tiempos para la lírica..., parece que mantener la verticalidad ya es un logro.



► José Ramón Repullo en la III Jornada PAPPs-PACAP

► ¿Cómo motivar a los profesionales para evitar el despilfarro en sus actuaciones?

La buena gestión ayuda; devolver información comparada, ensayar acuerdos de gestión clínica con las unidades y equipos... y asumir que el Sistema Nacional de Salud es nuestro y que su deterioro no conviene a nadie, y mucho menos a nuestros pacientes. A los recortes externos no podemos sumar ni boicots ni abandonos. El profesionalismo es una clave esencial en la motivación; no se puede tirar la toalla; convertir el abatimiento individual en activismo colectivo puede ser una buena receta.

► ¿Qué estrategias utilizaría usted para potenciar el autocuidado de los pacientes?

Ya valdría con que no secuestráramos a los pacientes; hoy sobretratamos a los que vienen a la consulta y abandonamos a los que están inmovilizados en sus casas. La enfermería debería ser la pieza clave para activar al paciente con capacidad de autonomía y para buscar a los más necesitados que están fuera de nuestro radar.

► ¿Por qué todo el mundo habla de la participación ciudadana, pero nunca aparece ni en la cartera de servicios, ni en los pactos de gestión?

La corriente liberal dice que en vez de VOICE debe haber CHOICE; esta orientación se ha impuesto después de fracasos en conseguir modelos de participación funcionales y que aportaran valor. Creo que la opción más prometedora es la creación de órganos colegia-

YO NO CONCIBO UN SISTEMA SANITARIO MODERNO, DE CALIDAD Y SOSTENIBLE, SIN QUE ESTÉ PIVOTADO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA



► José Ramón Repullo y Marta Sastre durante la entrevista

dos de gobierno en las áreas de salud (o instituciones) con presencia de miembros de la comunidad competentes y capaces de observar y supervisar la gestión y de opinar sobre decisiones estratégicas. Algo como lo que existe desde los inicios del sistema británico.

- **¿Qué papel debe tener la ciudadanía en el sistema sanitario público?**

Para empezar, debería haber una ley de ciudadanía sanitaria que sustituyera esta retrógrada distinción entre asegurados y beneficiarios, y la fragmentación en colectivos a los que se les dosifica la protección sanitaria pública. Y para seguir, creo que en los órganos de gobierno colegiados tendrían una clara oportunidad de expresarse las comunidades. Y no vendría mal que la democracia funcionara, y los parlamentos central y autonómicos pudieran cumplir su papel...

- **Desde su convicción de que el conocimiento científico, el profesionalismo y la abogacía social son medios para cambiar las conciencias y la realidad, ¿qué consejos nos daría para llevar esta abogacía a cabo?**

Quizás no soy el más indicado para aconsejar cómo hacer abogacía; no puedo evitar un sesgo académico. Pero creo que nos toca una larga marcha en el desierto, y tener esta con-

ciencia nos lleva a un concepto de resiliencia ante los problemas del entorno. Debemos saber doblarnos sin quebrarnos. Y saber que algunas pequeñas batallas se pueden ir ganando. Lo difícil es mantener la autocrítica en medio de una agria pugna contra la necesidad y la indecencia de los que solo ven negocio en la sanidad. Pero la reflexión autocrítica es lo único que nos puede garantizar la victoria moral y la legitimidad de nuestra acción.

- **¿Cómo se podría llegar a la profesionalización de los técnicos sanitarios (para que las decisiones estén en manos de técnicos y no de políticos)? ¿Cuándo podríamos llegar a esta situación en España?**

Creo que la virtud está basada en el equilibrio. Cada uno de nosotros introduce sesgos; los profesionales también, no solo los políticos o los empresarios. El profesionalismo sanitario es un movimiento positivo porque busca legitimarse sobre la validez científica y el compromiso ético. Creo que en este momento de crisis la profesión médica, por ejemplo, está dando excelentes ejemplos de defensa del Sistema Nacional de Salud y de los más débiles y excluidos. Eso es una excelente noticia.

- **¿Las medidas actuales tomadas por el Gobierno tendrán repercusión en el estado de salud de la población? ¿De qué forma?**

Cada viernes toman medidas; algunas económicas o laborales que traen más desempleo y exclusión; otras sanitarias, que reducen el margen de respuesta a los problemas de salud y erosionan aspectos como la accesibilidad o la calidad percibida... En Grecia, la crisis ha traído suicidios y drogadicción; en España parece que aún no. Pero lo esperable es que la exclusión social y la limitación de acceso a los inmigrantes sin papeles produzca crecientes problemas en enfermedades transmisibles, mentales, toxicomanías y alcoholismo, y otros trastornos vinculados a la pobreza y la desnutrición; y algunos problemas epistémicos de daño por no acceso al tratamiento o medicinas que se precisaba (poco numerosos, pero no menos importantes). Pero aún es pronto para visualizar efectos en salud.

Nuestro compromiso profesional es, en todo caso, reducir la entropía, y buscar la forma de que los efectos adversos de estas políticas no sean graves, especialmente entre los pacientes más frágiles.

DEBERÍA HABER UNA LEY DE CIUDADANÍA SANITARIA QUE SUSTITUYERA ESTA RETRÓGRADA DISTINCIÓN ENTRE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS