

JOSÉ RAMÓN REPULLO: “LA MEDICINA MODERNA NO CABE EN UN SOLO HOSPITAL, POR MÁS GRANDE Y COMPLETO QUE SEA”

En esta entrevista, el jefe del departamento de Planificación y Economía de la Salud del Instituto de Salud Carlos III desarrolla el concepto y analiza el presente desde la perspectiva de la disciplina; el impacto de las crisis financieras en los sistemas de salud

Médico cirujano formado en la Universidad Complutense y doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid, José Ramón Repullo Labrador tiene una extensa experiencia en la administración de sistemas de salud y en la vida académica, donde registra además una intensa producción científica.

Actualmente es jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Economía y Competitividad de España.

En esta entrevista con la Revista aborda la definición de la Economía de la Salud, explica en qué consiste el mundo profesional y asociativo de la disciplina en España, y cómo ha intentado responder a los tiempos que corren.

–¿Qué se entiende por Economía de Salud?

–La Economía de la Salud se basa en el identificar categorías de impacto en el ámbito de la salud para desarrollo y sustento de investigaciones

que posibiliten la construcción de nuevos conocimientos y fortaleciendo la capacidad investigadora a fin de arribar a los *outputs* finales de mejorar esperanza y calidad de vida, junto a proveer mayor bienestar social.

–¿Cuál es su principal y más difundida taxonomía de Economía de la Salud?

–Se rige en siete puntos, basados en ¿Qué es la salud?, Determinantes de la Salud, La Demanda de Atención Sanitaria, La Oferta de Atención Sanitaria, Análisis de Sectores (Mercados), Evaluación Microeconomía y Evaluación Sistémica.

–¿Cómo se aplica el enfoque de Value for Money a la disciplina?

–Se basa en identificar como medir y valorar a la salud en pos de su relación con el bienestar. Se pasa a realizar un balance de sus causas y sus consecuencias, para luego delinear la equidad en las barreras de acceso en torno a las necesidades expresadas y las demandas de servi-



cios sanitarios, dentro de los cuales se grafican sus recursos materiales, humanos y financieros, para potabilizar una estrategia de intervención política.

–¿Cuáles son los cinco principales mercados del sector salud según Hsiao?

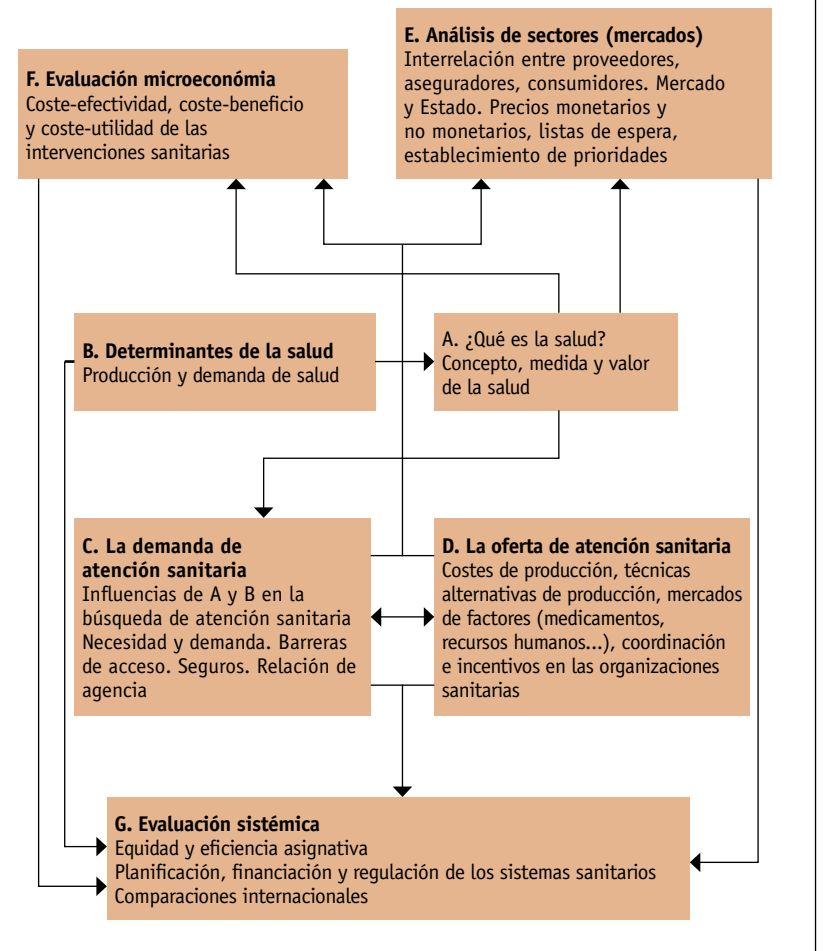
–Financiación, Servicios Médicos, Servicios Institucionales, Insumos y Producción de Profesionales. La Economía de la Salud abarca un amplio espectro de retos conceptuales, diseños metodológicos, y ámbitos de aplicación. Por esta diversidad no le queda más remedio que cooperar con otras disciplinas científicas. Los servicios de salud están en el centro de un grave reto de sostenibilidad de los Servicios de Bienestar.

–¿Cuál es la contribución de Economía de la Salud ante situación de crisis financiera y desfinanciamiento de los servicios de salud?

–La cooperación con otras disciplinas científicas y una base sólida

Figura 1

Panorama de la economía de la salud



sustentada por una alianza entre economistas y epidemiólogos. Alejamiento del *management* y acercamiento a ciencias políticas y sociales y temáticas de macro-reformas. Alejamiento de la clínica (salvo el componente de la epidemiología clínica) y acercamiento al mundo de la gestión de programas, servicios y las políticas institucionales.

–¿Que significa gobernanza y buen gobierno en salud?

–Se basa en la expresión *Si la crisis ha sido por el mal gobierno, el buen gobierno ha de ser parte de la solución*, en pos de una matriz gubernamental debilitada por el mal gobierno en el ámbito de la empresa privada así

como en el sector de las instituciones públicas. Los fallos en el mercado complementados con los fallos en el Estado dejan lugar a una tercera vía: un Estado revitalizado por el buen gobierno.

–¿Qué apreciación hace dentro de la perspectiva de los servicios de salud acerca de la legitimación externa y la legitimación interna?

–La legitimación interna se sustenta de un anclaje en lo gremial y corporativo. Defender a los socios a través de la promoción de la disciplina y de los profesionales es la misión, basada en los valores de la excelencia científica y confraternidad grupal. La visión es *Poner en valor* la disci-

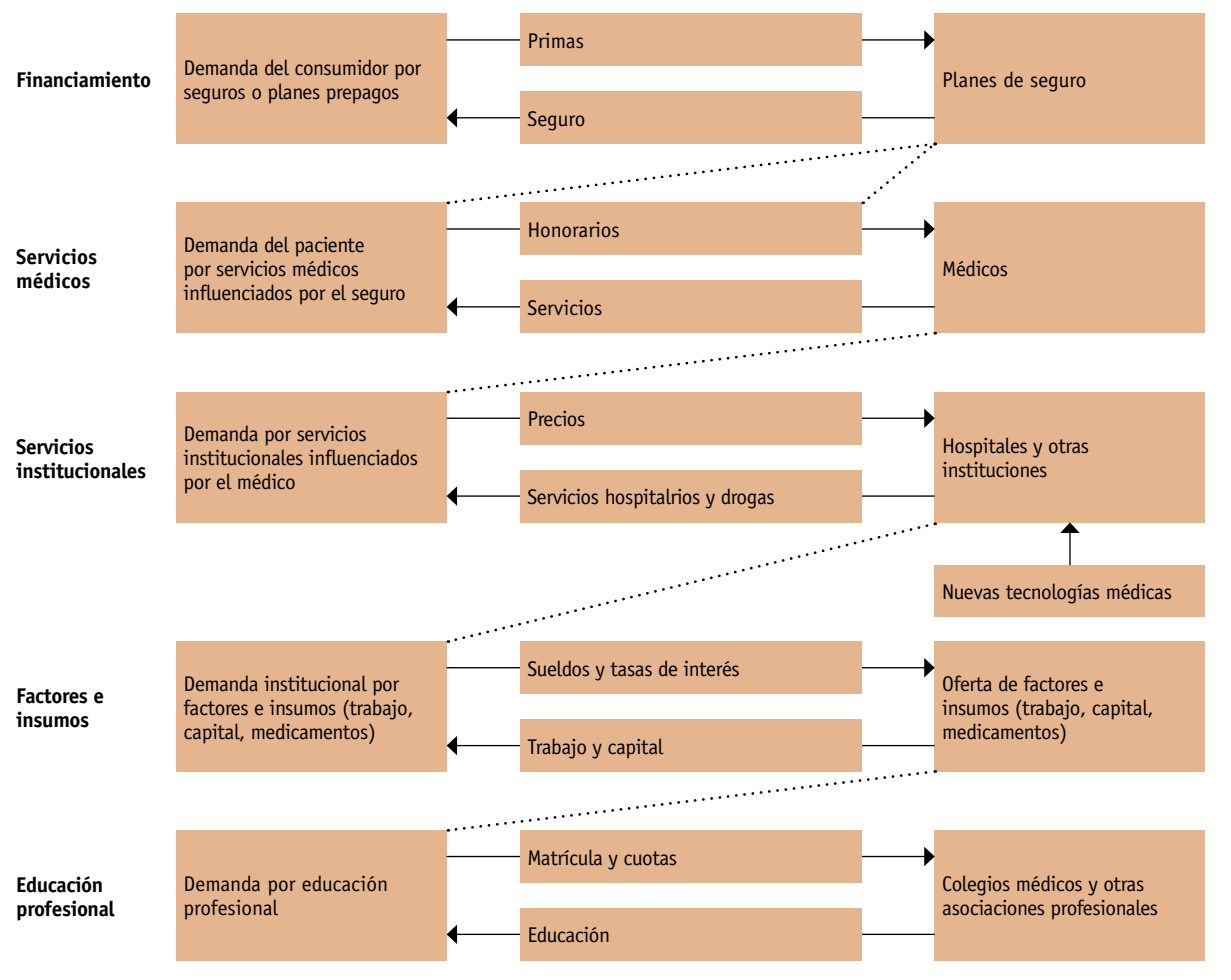
plina en el ámbito académico, social, institucional y político.

–¿Cómo califica las medidas económicas y sanitarias del gobierno español respecto a los servicios de sanidad dentro del contexto de la crisis financiera?

–El paquete de reformas impulsada desde el gobierno exhibe diversas carencias perjudiciales para el sector sanitario. Principalmente, son improvisadas e impuestas sin diálogo, técnicamente nada argumentadas, políticamente arrogantes, desleales a la sanidad pública, jurídicamente precarias y eluden abordar un paquete integrado e internamente consistente de reformas.

Figura 2

Interacción entre mercados en el sector salud



–¿Cuáles cree que son los principales conflictos o carencias en la matriz de organizaciones profesionales dentro del ámbito de la sanidad?

–El hecho de que los litigios interprofesionales que se dan en contextos organizativos complejos no son resolubles debido a que no están todos los agentes implicados (¿y la administración que pone a presión a todos con la precarización y la falta de medios?), y porque falta “distancia terapéutica” para juzgar los hechos y los contextos dentro de la propia profesión médica provincial. En mi experiencia de casi dos años llevando todos los expedientes disciplinarios de médicos de Madrid, aprendí que los conflictos entre profesionales dentro de organizaciones jerárquicas siempre llevan a pierdo yo-pierdes tú, y perdemos todos. Porque, una cosa es el juicio moral y otra es el procedimental; y, como ocurre en la justicia ordinaria, lo relevante es lo que se puede demostrar; y es ahí donde no hay simetría entre la virtud y la justicia; peor aún, con frecuencia la parte con más razón moral puede perder los nervios y acabar actuando contra sus propios intereses dejando un reguero de elementos que jugarán en su contra. Nada particularmente nuevo bajo la faz de la tierra.

–¿Qué opina del rol del especialista dentro de la estructura organizativa del hospital y cómo cree que se relaciona con la masividad de las ofertas de trabajo?

–Para que un especialista y su equipo alcancen la excelencia clínica no basta con títulos o cursos, ni con nombramientos formales; deben escalar una ardua curva de experiencia que requiere un número de

“El paquete de reformas impulsada desde el gobierno exhibe diversas carencias perjudiciales para el sector sanitario. Principalmente, son improvisadas e impuestas sin diálogo, técnicamente nada argumentadas, políticamente arrogantes, desleales a la sanidad pública, jurídicamente precarias y eluden abordar un paquete integrado e internamente consistente de reformas”

casos, tiempo de aprendizaje de habilidades y estímulo de la pericia, organización de recursos y procesos, evaluación de resultados, y maduración del equipo clínico como una comunidad de conocimiento y práctica profesional.

–Usted ha descrito a las fusiones hospitalarias como desenvolvedoras de un laberinto conflictivo, ¿a qué se debe dicha apreciación?

–Principalmente, porque la medicina moderna no cabe en un solo hospital, por más grande que sea y por completo y terciario que se conciba o diseñe. Las 50 especialidades y 200 subespecialidades o áreas de alta especialización que existen hoy precisan de un anclaje diferente al del clásico edificio hospitalario, concebido como una institución cerrada.

–¿Qué influencia abarca la seguridad jurídica en el ámbito de tratamiento tanto sanitario como de la propia intimidad del paciente?

–La seguridad jurídica no depende de que un sector esté ampliamente regulado, sino de la pertinencia, calidad y grado de aplicación de las

leyes. La profusión normativa española, agravada por los Reales Decretos Exprés y las Super-Leyes de acompañamiento presupuestarias, han generado una jungla legal en medio de la cual se ha extraviado la seguridad jurídica (me encanta eso de “queda derogado todo lo que se oponga a lo que hoy decimos aquí”).

–¿Cuál es el estado actualmente del sistema sanitario español, tanto en su acceso para tratamientos y asistencia, como la oferta laboral y calidad de atención?

–Es un contexto de austeridad sanitaria, en pos de recortes insensatos que obstaculizan el desarrollo del sistema de salud. En este contexto se delinea la conclusión de una necesidad de ejecutar una respuesta independiente y comprometida, equilibrando ciencia más acción más conciencia, con énfasis en el reto de sostenibilidad interna, combinando el corto plazo con la necesidad de reformas institucionales y emergiendo así la temática de BUEN GOBIERNO.

–¿Qué importancia posee en su opinión el hecho de que los centros de sanitarios sean entidades activas y comprometidas respecto a la presencia de estudiantes o especialistas en formación?

Los centros sanitarios públicos nacen con la triple función de asistencia, docencia e investigación; no son neutros por lo tanto ante la presencia de estudiantes o especialistas en formación: tienen que ser activos y comprometidos, porque la docencia configura una parte esencial de su misión. Otra cosa son los sanatorios y clínicas privadas: en la clínica de la virgen del perpetuo beneficio, donde se tratan famosos y se hacen ciru-

gías estéticas, la misión social de la docencia y la investigación pueden estar ausentes. Pero no en los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

–¿Qué influencia tiene el factor proximidad dentro de la estructura sociosanitaria del desarrollo hospitalario?

–Lo que tenemos que poner cerca de la gente son hospitales médicos de proximidad; donde los más frágiles y crónicos puedan ser atendidos de sus recaídas y recidivas; cerca de su casa y de su médico de familia. La medicina interna y la atención de urgencias y continuada son claves en este enfoque (en cierta forma así se plantea el papel de los clásicos *districthospitals* del Reino Unido).

¿Hemos acertado priorizando hospitales de proximidad con componente quirúrgico o maternal? Puede que sí porque para una intervención de cirugía programada (electiva) es concebible una razonable concentración: para el paciente es un evento singular y habitualmente irrepetible; incómodo, quizás, pero compensable con facilidades de desplazamiento y la mayor aceptabilidad de hospitales generales de referencia.

Quizás no lo hemos sabido explicar a los alcaldes y la población: pero la accesibilidad no equivale a inmediatez; y la calidad asistencial no la dan las estructuras o los equipos, sino los profesionales bien entrenados y organizados...

–¿Cómo se neutraliza a las fusiones asimétricas teniendo en cuenta la matriz organizativa y estructural de un sistema de sanidad?

–No puedo demostrarlo, pero estoy convencido de que las “fusiones asimétricas” son más fáciles, eficaces

“Para que un especialista y su equipo alcancen la excelencia clínica no basta con títulos o cursos, ni con nombramientos formales; deben escalar una ardua curva de experiencia que requiere un número de casos, tiempo de aprendizaje de habilidades y estímulo de la pericia, organización de recursos y procesos, evaluación de resultados, y maduración del equipo clínico como una comunidad de conocimiento y práctica profesional”.

y eficientes: me refiero a una integración de un gran hospital (nodriza) con otros hospitales de diverso tamaño y función que actúan en el territorio; incluidos los comarcales o rurales, que tienen que existir sí o sí, pero que no pueden alcanzar la necesaria funcionalidad y calidad sin el respaldo de la red subregional. Ni tampoco fijar y motivar a su plantilla de profesionales. Las “fusiones simétricas” tienen muchos más problemas: juntar a dos dinosaurios a través de la imposición de una única cabeza gerencial y directiva, suele ser

un modelo de “fusión fría” que acaba provocando “colisiones calientes” y reacciones en cadena. Las culturas profesionales son siempre de difícil manejo; no deberían de existir... pero creo honestamente que hay que contar con la vanidad y el deseo de notoriedad y poder como un efecto colateral del profesionalismo. Pero contar con esta fuerza deletérea no significa que no se pueda contrarrestar; lo único que quiere decir es que este problema se desanuda de abajo a arriba, no de arriba abajo; y se hace más con maña que con fuerza; y se debe dejar un tiempo; y posiblemente facilitar que estos procesos sean asincrónicos y progresivos. En este proceso de transformación no existe el “bueno-bonito-barato”. Como ocurre en la naturaleza hay que optimizar variables en conflicto (el ave que vuela no corre, y la que corre no vuela). Se puede mantener una razonable accesibilidad de la población, pero ha de ser selectiva: no se puede poner todo en todos los lados, y no solo por una restricción económica, sino por la propia restricción técnica de los servicios de alta especialización. ¹²

Entrevista realizada por Arturo Schweiger

Referencias bibliográficas

- Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios; José Ramón Repullo y otros autores (2002)
- El laberinto conflictivo de las fusiones hospitalarias, José Ramón Repullo; blog personal (2015)
- Historia y Ámbitos de la Economía de Salud; CEPAL (2013)
- Impacto de la política en la economía y gestión sanitaria; Vicente Ortún Rubio y Ricard Meneu de Guillerna
- Innovaciones en la Economía de la Salud y su contribución a la Política Sanitaria en España; Dr. José Ramón Repullo Labrador; Departamento de Planificación y Economía de la Salud Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III.
- Las dificultades crecientes del mundo jurídico para regular el ámbito profesional, José Ramón Repullo; blog personal (2016)
- Los intratables conflictos de las organizaciones profesionales: a propósito de las Urgencias del Hospital de Segovia, José Ramón Repullo; blog personal (2016)
- Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica; José Ramón Repullo Labrador (2006)