

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, 20 AÑOS DESPUÉS DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

SE AÑORA EL CLIMA QUE PROPICIÓ LA LEY

Una llamada general en pro del consenso

→ Los ponentes de la jornada de homenaje a la Ley General Sanidad han recalcado la capacidad de entonces de lograr un gran acuerdo.

■ **Alain Ochoa**

La jornada *La protección de la salud, 20 años después de la Ley General de Sanidad*, organizada por DIARIO MÉDICO y la Fundación Abbott, ha reunido a los principales artífices de la norma básica del sector sanitario español y a varios de los más destacados actores del sector en las dos últimas décadas. Si se puede extraer una conclusión clara del encuentro es que urge despolitizar la sanidad y encontrar un consenso que evite la fractura del Sistema Nacional de Salud. Cuando políticos, gestores y profesionales comparten el apellido sanitario las diferencias se reducen frente a la preocupación común de malograr lo conseguido en las últimas décadas.

El programa de la conferencia se dividió en dos mesas. La primera, a cargo de responsables políticos que han pasado por el Ministerio de Sanidad en sus diversas etapas, contó con intervenciones del que fuera subsecretario en época del ministro Ernest Lluch, Carlos Hernández Gil, y los ex ministros Julián García Vargas, José Manuel Romay y Ana Pastor. Posteriormente, la

visión de los profesionales fue ofrecida por Manuel Díaz Rubio, ex presidente del Consejo Nacional de Especialidades; Javier Sánchez Caro, jurista; Carlos Amaya, secretario general de CESM, y Guillem López Casasnovas, economista.

Los panelistas de ambas mesas, que han enriquecido los debates con sus comentarios y preguntas a los ponentes, también eran representantes de primera fila del sector. Así, la jornada contó en este papel con nombres de la talla de Alfonso Castro Beiras, Albert Jovell, César Nombela, Hernán Cortés-Funes, Juan Martínez López de Letona y Joaquín Giráldez en la primera mesa. En la segunda tomaron el relevo José Luis García Arboleaya, Alberto Núñez Feijóo, Guillermo Fernández Vara, Teresa Herranz y Pedro Sabando.

Nostalgia

Aunque las opiniones fueron diversas y a veces contradictorias, todos coincidieron en elogiar con nostalgia el consenso alcanzado por la Ley General de Sanidad y poner aquel esfuerzo como ejemplo de lo que necesita hoy el Sistema Nacio-



REPORTAJE GRÁFICO: JOSÉ LUIS PINDADO Y LUIS CAMACHO

El Hotel Ritz de Madrid acogió a más de un centenar de representantes cualificados del sector sanitario.

Sociedades científicas, colegios profesionales y administraciones autonómicas estuvieron representados entre los asistentes a la jornada

nal de Salud.

La figura del malogrado protagonista del acontecimiento, ya que todos los presentes evocaron su decisiva contribución al proceso, y en concreto su capacidad de diálogo. Así, Hernández Gil recordó que la primera consigna que recibió fue que la ley no podía hacerse sin contar con todos, y Pastor reconoció que "al tomar posesión como ministra, fue inevitable pensar en la res-

ponsabilidad de suceder a alguien con un trabajo de tal altura".

Pero la entidad del acto no sólo vino dada por el nivel de sus ponentes sino por el del público. Se reunieron hasta seis ex subsecretarios de Sanidad, ya que además de Hernández Gil y Sabando, asistieron José Luis Fernández Noriega, José Conde, José Luis Temes y Julio Sánchez Fierro.

También acudieron la adjunta primera al Defensor del Pueblo, María Luisa Cava del Llano; la viceconsejera de Calidad de la Comunidad de Madrid, Belén Prado; el subdirector de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Javier Rubio; la subdirectora de Especialidades en Ciencias de la Salud, del Ministerio de Educación, Emilia Sán-

chez Chamorro, y el coordinador nacional de Trasplantes, Rafael Matesanz.

A faltado su presidente, la Organización Médica Colegial (OMC) estuvo representada por el vicepresidente, Manuel Sánchez García; el secretario general, Juan José Rodríguez Sendín, y el vicesecretario, Francisco Toquero. Además, contamos con la presencia de los presidentes de los colegios de Álava, Alicante, Badajoz, Burgos, Las Palmas, Madrid, Soria, y Zaragoza.

Otros profesionales ilustres que asistieron fueron José María Segovia de Arana, Luis Munuera, Javier Matos, Francisco Guillén, Manuel González Barón o Eduardo López de la Osa.

Además acudieron el presidente de la Facme, José María Lobos; el presidente

La figura del ministro Ernest Lluch, artífice de la ley, fue elogiada en numerosas intervenciones por su capacidad de diálogo y negociación

de Semfyc, Luis Aguilera; la presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, Verónica Casado; el presidente de la Sociedad de Cardiología y de la Fundación del Corazón, Eduardo de Teresa, y el director de la Fundación Gaspar Casal, Juan del Llano.

Entre los actuales gerentes hospitalarios, asistieron Rafael Pérez Santamarina, Ana Sánchez o José Manuel González Álvarez.



Carlos Hernández Gil, José Manuel Romay, Xavier Trias, Ana Pastor y Julián García Vargas participaron en la primera mesa, centrada en la construcción del Sistema Nacional de Salud.



Federico Plaza y Javier Olave flanquean a Carlos Amaya, Javier Sánchez Caro, José Zamarrigo, Manuel Díaz Rubio y Guillem López Casasnovas, ponentes de la segunda mesa.

LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



El ex subsecretario del Ministerio de Sanidad afirma que la ley ha profesionalizado la gestión.

CARLOS HERNÁNDEZ GIL, SUBSECRETARIO DE SANIDAD 1984-1988

"Queda el reto de la equidad interterritorial"

→ El ex subsecretario de Sanidad, Carlos Hernández Gil, asegura que la Ley General de Sanidad ha cumplido sus objetivos, aunque quedan retos como la equidad entre regiones y entre zonas rurales y urbanas.

■ Alain Ochoa

Carlos Hernández Gil, subsecretario de Sanidad entre 1984 y 1988, ha recordado en su intervención que "una ley como ésta hubiera sido imposible sin la colaboración de todos". Considera que la norma "puso orden en el sistema, por lo que valió la pena el esfuerzo, y que ha cumplido de forma aceptable sus tres objetivos principales: la universalización, la equidad y la coordinación de redes".

Aun así, la universalización se hizo "a costa de pasar de un 84 por ciento de cobertura a un 99 entre 1982 y 1991, con la incorporación de 6,6 millones de usuarios sin incrementos económicos proporcionales, algo que ha lastrado a todo el sistema no sólo en cuanto a sus listas de espera sino en cuanto a su calidad, aunque sigue estando un nivel mucho más que aceptable".

Otro de los resultados de la ley, según Hernández Gil, ha sido la profesionalización de la gestión.

■ Antecedentes

Al repasar el punto de partida de la norma, el ex subsecretario ha recordado que en la época de los trabajos "todos percibían la necesidad real de ordenar la sanidad. Aunque hubo un intento con la UCD, el PSOE levantó grandes expectativas al abrir el proceso, lo

La universalización supuso incorporar 6,6 millones de usuarios entre 1982 y 1991 sin aumentos económicos proporcionales, algo que ha lastrado el SNS

Los médicos como colectivo no deberían involucrarse en procesos políticos, al margen de lo que cada uno haga personalmente

que también trajo una gran polémica. Había una división profunda entre las formas de entender la sanidad, con una gran carga ideológica por parte de cada partido". De hecho, no sólo los políticos se involucraron, ya que Hernández Gil afirma que "nunca en la historia de España han aparecido tantos editoriales en prensa a favor o en contra de una determinada concepción de la sanidad".

La tensión fue tanta que hubo incluso "cierta persecución que, aunque *light*, obligó a algunos a llevar protección policial". Por otra parte, el contexto de crisis económica dificultaba los cálculos sobre el gasto futuro del sistema, y la

juventud del Estado de las Autonomías provocaba "cierta incertidumbre competencial, también dentro de la Administración central, entre los ministerios de Trabajo y Sanidad". De hecho, la norma se debatió en la Comisión de Trabajo y Empleo del Congreso y no en la de Sanidad.

Entre los retos pendientes del sistema, el ex subsecretario ha citado "el refuerzo de la equidad entre zonas rurales y urbanas y también entre autonomías", así como diversos cambios que debería liderar el Ministerio de Sanidad en la eficacia de la gestión, en las prestaciones básicas y en la investigación. La búsqueda de cauces reales de participación y de "nuevas formas de eficiencia" son otras metas para el futuro.

Hernández Gil ha señalado en este ámbito retos profesionales como la integración de todo el personal sanitario, su mejora retributiva y la valoración del mérito y la capacidad como criterios de acceso y libre circulación. También "deben separarse los papeles del gestor y el clínico para recuperar la confianza de los pacientes", que son "nuestros mejores aliados en la mejora del sistema".

En opinión de Hernández Gil, una de las lecciones de la ley es que "los médicos como colectivo no deberían involucrarse en procesos políticos".



Romay Beccaría apunta que hace falta una política más eficiente en formación continuada.

JOSÉ MANUEL ROMAY BECCARÍA, MINISTRO DE SANIDAD 1996-2000

"Se ha avanzado poco en flexibilizar el sistema"

→ La flexibilidad de la gestión y de las estructuras son los puntos débiles de una ley muy burocrática que debería involucrar más a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones, según José Manuel Romay.

■ Teresa del Pozo

A pesar de la equidad y calidad de la asistencia que se ha conseguido gracias a la Ley General de Sanidad, existen varios interrogantes que se plantearon en el momento de su creación y debate y que tras 20 años todavía siguen vigentes, según ha expuesto José Manuel Romay Beccaría, ex ministro de Sanidad, que echa de menos un esfuerzo en la flexibilización del sistema sanitario español.

"Un modelo tan burocrático auspiciado bajo el derecho administrativo no es la mejor forma para que funcione un sistema tan complejo como es el sanitario", ha apuntado Romay. "Tras dos décadas, deberíamos haber avanzado en la flexibilización del modelo organizativo".

El ex ministro recordó también que esta ley no se podría haber llevado a cabo sin la creación en 1942 del Servicio Obligatorio de Enfermedad, que reconoció el derecho de asistencia sanitaria y desencadenó la creación de las primeras estructuras hospitalarias copian-do lo que se estaba llevando a cabo en los sanatorios privados.

"La evolución de este sistema hizo que poco a poco la Seguridad Social abandonase este modelo y comenzaran a despuntar los hospitales modernos y las grandes infraestructuras".

La ley, según Romay, me-

Involucrando más a los profesionales avanzaríamos en un modelo que mejoraría su eficacia e incluso facilitaría la elección por parte del paciente

Un modelo tan burocrático no es la mejor forma para que funcione un sistema tan sumamente complejo como es el sanitario

jora lo que ya se había conseguido anteriormente, "pero hay que recordar que aunque aumentó la universalidad de la sanidad, en el momento de su aprobación ya llegaba al 80 por ciento de la población".

■ Ordenar lo caótico

En lo que se refiere a las infraestructuras hospitalarias, también ha apuntado que "es cierto que se necesitaba una ordenación de algo que era bastante caótico, lo que quizá no sea del todo correcto es que haya terminado en una unificación del sistema. En Cataluña, por ejemplo, se preservó el modelo anterior y todos los hospitales siguen manteniendo su titularidad".

Sigue faltando también un punto de eficiencia relacionado con la motivación de los profesionales, "que no tienen el estatus que se merecen ni la organización de un marco donde desempeñar fácilmente sus actividades", ha apuntado el ex ministro. "Todavía se sienten poco responsables en su capacidad para influir en los resultados globales de los servicios en los que prestan su trabajo".

■ Involucrarse más

Otro de los asuntos que esta ley ha mejorado, ha sido la gestión, donde se ha hecho un gran esfuerzo, además de en la equidad interterritorial. "No hay que renunciar a avanzar en fórmulas de gestión con participación de los profesionales. Si no se puede hacer una gran reforma, que se hagan muchas de menor tamaño, pero siempre contando con los trabajadores sanitarios", ha explicado Romay. "De esta forma estaríamos avanzando en un modelo que, con todo lo bueno que tiene ahora, involucraría más a los profesionales, mejoraría su eficacia e incluso permitiría una mayor elección por parte del paciente".

En cuanto a la formación continuada, el ex ministro se ha quejado de la falta de una política eficiente y de lo relativamente poco que se ha conseguido avanzar en este campo.

LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Pastor afirma que la Ley General de Sanidad ha sido el mayor logro del siglo XX.

ANA PASTOR, MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO DE 2002 A 2004

Sanidad, ejemplo para el sector sociosanitario

→ La ex ministra de Sanidad Ana Pastor ha destacado las mejoras de las transferencias y ha puesto al sistema sanitario como un ejemplo para organizar otros, como el futuro Sistema Nacional de Dependencia.

Alain Ochoa

El mayor logro del siglo XX. Ana Pastor no ha dudado en calificar así la Ley General de Sanidad, pilar de una agenda política que casi se ha cumplido con la culminación de las transferencias y la definición de un nuevo papel para el Ministerio, "basado en el liderazgo y la cohesión, de modo que hay 17 sistemas y a la vez un solo SNS".

Para la ex ministra, la gran innovación posterior ha sido que la sanidad pasara a financiarse a través de los Presupuestos Generales del Estado.

Los avances sanitarios tienen tal calado que deberían, según Pastor, servir de modelo para otros proyectos. Así, "el Consejo Interterritorial podría ser un ejemplo para el organismo coordinador incluido en la Ley de Dependencia, que sin embargo copia el Interterritorial previo a la Ley de Cohesión, sin una representación equitativa de Administración central y regional".

En cuanto a la descentralización completada con las transferencias de 2002, la secretaria ejecutiva de Política Social del PP ha asegurado que "no se trata sólo de un proceso administrativo sino de una oportunidad de mejora. No hay más que ver cómo ha aumentado el gasto sanitario *per capita* desde los traspasos".

Llevar a buen término la

Las transferencias de la gestión sanitaria han requerido una gran búsqueda del consenso, aunque sólo se subrayen los desacuerdos

Los políticos debemos demostrar la corresponsabilidad con lealtad institucional, huyendo de carreras para implantar novedades

descentralización "ha requerido un esfuerzo de coordinación y de liderazgo por parte del Ministerio y de las comunidades, un sentido de la eficacia que ha hecho de la sanidad un servicio pionero entre las administraciones públicas y una gran búsqueda del consenso, aunque sólo se subrayen los desacuerdos".

La situación actual, a su juicio, plantea dos nuevos equilibrios. Por un lado, la necesidad de un modelo financiero consensuado. "Para ello es imprescindible un liderazgo que para ser real ha de ser compartido entre todas las partes". Aumentar el equilibrio presupuestario, en opinión de Pastor, requiere contar con un

buen fondo de compensación e incrementar la solidez del sistema, su capacidad redistributiva, la corresponsabilidad y la capacidad normativa de los agentes implicados.

Una nueva equidad

El otro gran nuevo equilibrio, para la ex ministra, es el competencial, en parte resuelto por el Estatuto Marco y la LOPS, y que está ligado con el reto de "una nueva equidad, que vendrá de la financiación pero no sólo de ella, ya que procederá sobre todo del consenso y de la asunción de corresponsabilidades".

La responsable del PP ha afirmado que los nuevos protagonistas del sistema son tres. Por un lado, los pacientes, "que tienen hoy más legitimidad que nunca, ya que deben marcar el camino de las nuevas necesidades", y están señalando de hecho hacia "la mejora de la calidad, la reducción de la burocracia y la continuidad del proceso asistencial sin demoras excesivas". Por otro, los profesionales. En este ámbito, Pastor ha criticado la retribuciones actuales, lineales y poco crecientes, y la falta de entendimiento entre niveles asistenciales. Por último, los políticos, de quienes ha dicho que deben demostrar la corresponsabilidad con la lealtad institucional, "sin carreras para ver quién implanta primero qué".



El ex ministro apunta que administración central y autonomías deben tener más coordinación.

JULIÁN GARCÍA VARGAS, MINISTRO DE SANIDAD ENTRE 1986 Y 1991

"El SNS goza de una excelente mala salud"

→ El déficit financiero y la falta de recursos a pesar del aumento de la demanda son algunos de los problemas de un sistema sanitario que ya va superando los problemas de coordinación entre las autonomías.

Teresa del Pozo

El sistema sanitario actual goza de una excelente mala salud, aunque es cierto que los modelos sanitarios públicos están en crisis permanente, ha apuntado Julián García Vargas, que fue ministro de Sanidad entre los años 1986 y 1991: "A pesar de sus achaques, es el servicio público más valorado, el más asentado y el que mejor opinión tiene".

Uno de los principales problemas de este sistema es su déficit financiero crónico, entre otras cosas porque el esfuerzo fiscal que se está haciendo para mejorar los servicios por parte del grupo de trabajo de control del gasto es muy impopular. "La primera vez que esta problemática se hizo cuestión de Estado, durante la última Conferencia de Presidentes celebrada en septiembre, fue un auténtico fracaso, ya que no se acertó en la forma de presentación", ha apuntado García Vargas. "Autonomías y administración central deben trabajar de forma conjunta en este sentido y repartirse tanto disgustos como esfuerzos".

Coordinación

Otras deficiencias por las que se ve afectado el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el crecimiento de la demanda, muy superior a los recursos, y la presión a la que se ve sometido. "Hay que coordinar a través del

Tras dos años de enfrentamientos estériles en el Consejo Interterritorial, ha comenzado una etapa de colaboración entre las regiones

El actual proyecto de la Ley del Medicamento mira poco hacia adelante; se fija demasiado en los precios y se centra poco en los avances

Consejo Interterritorial a 17 servicios de salud distintos -que no son sistemas sanitarios diferentes- que tras casi dos años de enfrentamientos estériles han empezado en los últimos meses a conseguir acuerdos fructíferos como la cartera de servicios común".

Por otro lado, el SNS, según el ex ministro, requiere una fuerte evaluación para poner en común el acervo de mejoras de las distintas autonomías y que será fundamental para cualquier resistencia al cambio. "Ahora nadie habla del SNS en su conjunto y existe una percepción de que la coordinación puede funcionar independientemente de la fase en la que se encuentran las

autonomías, que ahora están intentando explicar cuáles son sus funciones".

En cuanto a las nuevas formas de gestión sanitaria, García Vargas ha explicado que son el resultado de una necesidad de flexibilidad y de superar la crisis del modelo basado en el derecho administrativo, con el que nadie estaba de acuerdo. "En el momento de poner esta ley en marcha se pensó en la posibilidad de laborizar al equipo médico y hacer que los hospitales funcionaran como sociedades mercantiles. Aunque la situación no era la propicia, fue el germen de las sociedades públicas que hoy existen en Cataluña o Andalucía".

Para el ex ministro, fue una gran desgracia que el sistema de fundaciones como modelo de gestión no tuviera éxito. "Este fracaso estuvo relacionado con el programa político que el Partido Popular presentó para las elecciones de 1996 y que era fuertemente privatizador".

Vista hacia atrás

Con respecto al actual proyecto de Ley del Medicamento, García Vargas ha apuntado que es una norma que mira más hacia atrás que hacia adelante, se detiene demasiado en los precios de los fármacos y no en otros factores mucho más relevantes, y está poco centrada en innovación.

LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



José Zamarriego, Hernán Cortés-Funes, Albert Jovell, César Nombela, Alfonso Castro Beiras, Juan Martínez López de Letona y Joaquín Giráldez.

EL IMPULSO A LA INVESTIGACIÓN, LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, PRINCIPALES RETOS DE FUTURO PARA EL SNS

Gasto sanitario: insostenible y mal distribuido

→ Durante los últimos veinte años el Sistema Nacional de Salud no ha dejado de incrementar su cobertura, su calidad y sus prestaciones, y ahora se enfrenta al reto de la sostenibilidad. Los panelistas reunidos en torno a la

primera mesa redonda de la jornada ven difícil afrontar el futuro sin recurrir al copago, sin dotar de más impulso a la investigación biomédica y sin dar más participación a los pacientes.

■ Rosalía Sierra

Los panelistas que han intervenido tras la mesa redonda han coincidido en que, transcurridos veinte años desde la aprobación de la ley, el incremento del gasto sanitario es imparable y, además, su distribución no es del todo justa.

Juan Martínez López de Letona, catedrático de Medicina Interna de la Universidad Autónoma de Madrid, considera que el Sistema Nacional de Salud (SNS) atraviesa una "situación de incremento irremediable del gasto" debida al aumento de usuarios -gracias a la inmigración y a la creciente longevidad- y al mayor coste por individuo, "que se eleva conforme mejor es el sistema sanitario", dado que el

Martínez López de Letona: "El coste por individuo crece cuando mejora el sistema porque diagnóstico y tratamiento se vuelven más caros"

diagnóstico y la terapéutica resultan cada vez más caros.

Por ello, hasta el momento el sistema español ha resultado "eficaz y barato", pero ha sido "a costa de que a los profesionales se les ha pagado poco", crítica que se ha convertido en una constante a lo largo de la jornada. Para Martínez López de Letona, la única solución que permitirá sostener el SNS será "restringir las prestaciones de alguna manera:

Hernán Cortés Funes: "Si el futuro SNS quiere llegar a la excelencia deberá contemplar la integración de la investigación y la asistencia"

quitar un poco a todos o dársele todo a unos pocos, los más necesitados". Las administraciones tendrán que optar por una u otra alternativa tarde o temprano, y puede que ya lo estén haciendo: "La continua definición de catálogos de prestaciones puede ser el primer paso para restringirlas".

A pesar de todo, el internista se muestra convencido de que el nuestro "es el mejor sistema sanitario del mundo, no el quinto como suele decirse, aunque tenga sus defectos".

Para los intervinientes, está bastante claro que los tiene, y uno de los más relevantes es "la falta de una buena estructura investigadora", según Hernán Cortés Funes, jefe del Servicio de Oncología del Hospital Doce de Octubre, de Madrid.

En su opinión, el futuro SNS requiere necesariamente, si quiere llegar a la excelencia, contemplar un modelo que integre y financie equitativamente la labor curativa, la salud pública y la investigación, que, en concreto, "es un sector dividido; el médico de hospital es puramente asistencial".

En opinión de César Nombela, catedrático de

Microbiología de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense, de Madrid, ésta es, precisamente, la asignatura pendiente de los objetivos planteados hace veinte años: el desarrollo de un sistema de investigación. "La inversión es mucho más baja de lo necesario mientras que la productividad nos hace pensar que podríamos llegar mucho más lejos".

En su opinión, el problema radica en "las políticas de investigación poco estables, basadas más en coyunturas que en una verdadera planificación a largo plazo; confiamos demasiado en hitos y en grandes figuras a las que se da financiación para un laboratorio en Nueva York y luego ni siquiera vienen a España". Asimismo se

César Nombela: "Las políticas de I+D deben dejar de ser inestables y coyunturales, basadas en los grandes hitos y las figuras internacionales"

queja de la "progresiva marginación de las universidades" en el desarrollo de proyectos de investigación

Pero no sólo en materia científica ha presentado carencias la aplicación de la Ley General de Sanidad: "Todo el mundo habla muy bien de la norma, pero habría que preguntarse si realmente ha llegado a los ciudadanos", plantea Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes. "Existe

Albert Jovell: "Se debe salvar la distancia entre el marco legal y la realidad si queremos que el paciente se corresponsabilice de verdad de su salud"

una gran distancia entre el marco legal y la realidad de los usuarios, algo que se debería solventar si se quiere que el paciente se corresponsabilice de su salud".

En el capítulo de las carencias, Jovell añade el desfase sucedido durante las últimas dos décadas entre los avances de la medicina y el marco político. "Deberíamos ser capaces de hacer leyes con calendarios de ejecución y criterios de evaluación razonables; si no, no pasan de ser declaraciones de intenciones".

En esta línea, Alfonso Castro Beiras, director del Área del Corazón del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, de La Coruña, se ha preguntado "cómo se puede abordar la vigilancia de la transparencia del sistema". En su opinión, durante los últimos años se ha producido una imperceptible a simple vista pérdida de equidad, "pero no en número de prestaciones, sino en la calidad de éstas", y responsabiliza al Ministerio de Sanidad de que esta pérdida no siga acrecentándose.

El último panelista en intervenir ha sido Joaquín Giráldez, director del servicio

de Farmacia de la Clínica Universitaria de Navarra, quien ha aprovechado para reivindicar el "reconocimiento social y económico de todos los sanitarios, no sólo de los médicos".

A su juicio, el principal problema que se plantea el futuro del SNS es "lograr que se sepa que el sistema tiene unos límites, que la demanda va siempre por delante de la oferta y que es necesario usar los servicios de manera racional".

Frente a todas estas cuestiones, las respuestas de los ponentes han sido, en algunos casos, contundentes. Así, mientras Carlos Hernández Gil se ha mostrado a favor de "introducir competencia en el sistema para garantizar la excelencia y la

Alfonso Castro Beiras: "Durante los últimos años se ha reducido la equidad, pero no por el número de prestaciones sino por su calidad"

equidad" y "modificar el modelo para llevar la investigación a la cabecera del paciente", Julián García Vargas sostiene que "no se puede dar todo a todos y además gratis". De hecho, el ex ministro socialista considera que "no podemos evitar el copago porque no somos ni más listos ni más ricos que los alemanes, por ejemplo. Además, muchos consejeros de sanidad de distinto signo político quieren hablar de

Joaquín Giráldez: "El gran problema del futuro es lograr que se sepa que el sistema tiene límites y que es necesario usarlo de forma racional"

este tema, pero nunca lo hacen todos juntos".

A este respecto, José Manuel Romay sostiene que "todos los grandes temas pendientes, como el copago, la investigación, la flexibilización de la gestión y la participación ciudadana no pueden afrontarse desde un sólo liderazgo: es necesario consenso político y social".

El moderador de la mesa, Xavier Trías, ex consejero de Salud de Cataluña, ha resumido el debate afirmando que "la gestión del éxito de nuestro sistema no es fácil y no puede asumirse con los fondos que tenemos".

Trías se muestra convencido de que "podemos decir sin falsa modestia que el desarrollo del SNS ha sido un éxito. La Ley General de Sanidad se hizo en medio de tensiones, pero salió adelante con un importante grado de acuerdo". En el momento actual, según Trías, "hay que hacer una nueva reflexión sobre cómo encarar el futuro. Se ha logrado una gran descentralización y ya antes de que se completara había quien temía que se acabara con 17 sistemas de salud. No ha sido así: se ha generado una sana competencia que ha incrementado la calidad".

LA EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES



Manuel Díaz Rubio ha alabado el "muy prestigioso" sistema formativo español.

EL EX PRESIDENTE DEL CNE PIDE AL MÉDICO MUCHA AUTOEXIGENCIA

Díaz Rubio ve peligros en la superespecialización

→ Con la perspectiva que le dio su paso por el Consejo Nacional de Especialidades, Díaz Rubio ha alabado el sistema formativo, pero ha alertado del peligro de reduccionismo que puede traer la superespecialización.

■ **Francisco Goiri**

La autorizada voz que en temas de formación médica tiene Manuel Díaz Rubio ha sonado en estas jornadas para alertar sobre los peligros de una superespecialización que, a su juicio, puede ir en detrimento de la preparación del médico.

"La formación médica está orientada en la actualidad, y cada vez más, hacia una superespecialización de las materias, y en este sentido la propia Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias contempla la posible creación de áreas de conocimiento específico (ACE). Con esta tendencia corremos el peligro de llegar a una simplificación y a una concepción cada vez más minimalista de determinadas especialidades, lo que, en el peor de los casos, puede conducir a una limitación de los conocimientos de los médicos", ha asegurado quien estuviera en su día al frente del Consejo Nacional de Especialidades (CNE).

En la raíz de todo ello está, según Díaz Rubio, una pregunta que ha formulado a la audiencia: "¿Qué médico debemos formar en el futuro?". Él ha aportado su propia respuesta: "El nuevo profesional debe estar perfectamente capacitado para enfrentarse con éxito a un cada vez más completo y complejo catálogo de habilidades en un mercado cada día más competitivo".

El nuevo médico debe estar capacitado para enfrentarse a un completo y complejo catálogo de habilidades en un mercado competitivo

Los mecanismos de formación continuada de los profesionales sanitarios son, hoy por hoy, un verdadero agujero, una asignatura pendiente

Un reto que, así formulado, exige del facultativo español un alto nivel de autoexigencia: "No podemos permanecer aislados, debemos tener capacidad y decisión para afrontar nuevas y crecientes metas y responder con solvencia". Y esa necesidad de perfeccionamiento viene motivada no sólo por el mero prurito profesional, sino también por la cada vez mayor, múltiple e informada vigilancia que se hace a la labor médica desde distintos frentes: "Ante todo y sobre todo los pacientes, pero también los colegios de médicos, las sociedades científicas, los colegas profesionales, y, cómo no, el hospital o el centro de salud donde desempeña

su labor y el equipo en el que está integrado".

Según el catedrático, las nuevas exigencias, fruto de un contexto también nuevo, "son el lógico resultado de los espectaculares cambios que en nuestro país ha experimentado la Medicina y el propio papel del médico. La transformación de la medicina práctica en España en los últimos 25 ó 30 años ha sido verdaderamente vertiginosa".

■ **Luces y sombras**

Dos décadas de Ley General de Sanidad que, según el ex presidente del CNE, han registrado grandes logros, sobre todo en formación: "El sistema formativo en nuestro país ha vivido un cambio revolucionario; nuestro sistema MIR es francamente bueno".

Pero no conviene lanzar las campanas al vuelo, "aún quedan retoques", y Díaz Rubio insiste en uno que se le antoja fundamental: "Los mecanismos de formación continuada de los profesionales sanitarios son un verdadero agujero, una asignatura pendiente".

Hay más deberes, algunos achacables directamente al profesional: "El médico moderno no puede olvidar su faceta, cada vez más importante, de gestor de recursos. Hemos pasado de una época donde los conocimientos del médico eran limitados a otra donde se han ampliado mucho".



Javier Sánchez Caro, jurista y director de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria.

SÁNCHEZ CARO ANALIZA EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

"No todo paternalismo médico es malo"

→ Javier Sánchez Caro, de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria, analiza los casos en los que el paternalismo del médico está justificado y el valor de la autonomía del paciente en los actos sanitarios.

■ **Marta Esteban**

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad consagró el principio de autonomía del paciente, que sería dieciséis años más tarde desarrollado por la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Entre las muchas conclusiones que se pusieron de manifiesto sobre la evolución de la sanidad desde la promulgación de la ley de 1986 una de ellas fue el abandono del paternalismo médico en aras de la autonomía del enfermo.

Javier Sánchez Caro, jurista y director de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, aclara "que no todo paternalismo es malo, pues hay situaciones en las que está sobradamente justificado". Sánchez Caro defiende el "paternalismo que obliga al médico a decidir por personas -menores de edad o incapaces- que no pueden regirse por sí mismos. En esos casos la asunción por el médico de la toma de decisiones está justificada incluso en contra de la voluntad de los familiares".

Otro de los supuestos es el paternalismo solicitado, es decir, "cuando existe una relación de plena confianza entre el facultativo y el paciente de tal forma que éste solicita al médico que tome

Desde la visión de la preocupación por el bienestar del paciente, la relación médica debe estar mediatizada por el facultativo

Está justificado el paternalismo que obliga al médico a decidir por los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos

por él las decisiones clínicas. Es lo que se denominaría un paternalismo asumible". Hay situaciones en las que la sustitución de la voluntad del paciente por el médico puede plantear dudas. "La dificultad surge en aquellos casos en los que el médico, de buena fe, decide por el paciente, pero sin su consentimiento. Nos encontramos ante el tratamiento de un médico a una persona para conseguir un fin, su fin".

Sánchez Caro, que ha recordado que la Ley General de Sanidad de 1986 introdujo la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, ha analizado el principio de autonomía de la voluntad desde distintos puntos de

vista. "Si se mira desde la preocupación por el bienestar del paciente, la relación médica debe estar mediatizada por el facultativo, pues el paciente no tiene conocimientos médicos".

■ **El papel del paciente**

El jurista ha abordado el principio de autonomía en distintos actos sanitarios. "En el marco del tratamiento médico común, es decir, el paciente que acude al médico por una dolencia, es donde el principio de autonomía cobra más fuerza". En este contexto la autonomía tiene distinto tratamiento dependiendo del papel que juegue el paciente. Sánchez Caro distingue dos planteamientos: En primer lugar, "cuando la decisión clínica la toma el médico sin consentimiento del enfermo, donde el principio de autonomía queda anulado: todo por el paciente pero sin el paciente". En segundo término "si las decisiones se toman tras una información al paciente para que este decida: todo por el paciente, pero con el paciente".

En el caso de la investigación con seres humanos, "la autonomía sigue estando presente pero más alejada al estar sometidos estos actos a ciertos controles, como el de la autoridad sanitaria, el informe del comité ético de investigación clínica y el consentimiento del afectado".

LA EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES



Carlos Amaya ha pedido un acuerdo entre sindicatos, colegios y sociedades científicas.

CESM PIDE A LAS AUTONOMÍAS QUE PAGUEN LA FORMACIÓN CONTINUA

Amaya insta a unirse contra la precariedad

→ Carlos Amaya, secretario general de CESH, ha pedido a sindicatos, colegios profesionales y sociedades científicas que unan sus fuerzas para atajar "la preocupante precariedad laboral" que padecen los médicos.

Francisco Goiri

La contundencia y combatividad de la que Carlos Amaya, secretario general de CESH, ha hecho gala durante su intervención han tenido un blanco común: "La vergonzosa precariedad laboral" que, a su juicio, padecen muchos profesionales sanitarios.

"No podemos admitir de manera impasible que a un compañero se le oferte un contrato por acumulación de tareas que, en realidad, no es más que un *contrato basura*, ni que algunos becados se encuentren en tal situación de precariedad que ni siquiera se atreven a denunciar su situación porque su propio jefe puede apartarles de determinadas actividades", ha denunciado el representante sindical.

Esta situación le parece a Amaya más sangrante aún cuando en España y Europa se padece un déficit de profesionales -"en ocasiones, clara penuria"- en determinadas especialidades: "Estamos en un momento en el que si hacemos las cosas bien no tiene por qué haber paro, pero lo que sí hay, y de eso parece que no nos libramos, es precariedad laboral. La demanda de profesionales en la Unión Europea es hoy amplísima, y algunos países, como el Reino Unido, encubren bajo conceptos como *flexibilización* lo que no es más que una clara precariedad; en Francia se acaba de montar

Los países de la UE no han hecho una planificación de recursos ajustada a los cambios sociales y a las demandas que éstos generan

El verdadero profesionalismo se basa en la autonomía del médico en la toma de decisiones y en una fuerte capacidad de autorregulación

una buena por un contrato (en referencia al contrato de primer empleo) de los que aquí hay muchos".

Todo ello es fruto de una deficiente, cuando no inexistente, planificación de personal: "Los países de la Unión Europea no han hecho, en la mayoría de los casos, una verdadera planificación de sus necesidades de médicos para los próximos años, y cuando hablo de planificación, hablo de que sea verdaderamente ajustada a los cambios sociales y a las demandas que generan esas variaciones".

Además de contundente, el secretario general de CESH quiere que su denuncia sea lo más unánime posible, y por eso insta a todos, "los propios sindicatos,

pero también los colegios profesionales y las sociedades científicas a hacer todo lo posible para evitar estas situaciones".

Pagar la formación

Pero los tirones de oreja de Amaya, que se autoproclamó representante de "un sindicalismo más realista y participativo, y no tan reivindicativo", no habían hecho más que empezar.

En consonancia con las palabras de Manuel Díaz Rubio (ver página 21), el secretario general de CESH denunció el déficit de formación continuada en España y, no contento con eso, reclamó al Consejo Interterritorial que financie a los médicos esa preparación: "¿No es obligatoria esa formación para el médico? Pues, en ese caso, que nos la paguen, porque es un derecho que tienen los profesionales. Ahora bien, ¿cómo se financia eso? Dejo la pregunta en el aire", sentenció Amaya en presencia de dos consejeros de Sanidad en activo: Guillermo Fernández Vara, de Extremadura, y María Teresa Herranz, de Murcia.

Las palabras del representante sindical han venido inspiradas por un "concepto idóneo" de profesionalismo que, según él, se basa en dos premisas: "La autonomía del profesional en la toma de decisiones y una fuerte capacidad de autorregulación".



El economista Guillem López Casasnovas en un momento de su intervención.

GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS LO SUGIERE COMO POSIBLE EVOLUCIÓN

El modelo holandés de gestión en el horizonte

→ La trayectoria profesional del economista de la salud Guillem López Casasnovas ha estado ligada a la Ley General de Sanidad. Casasnovas estaría encantado de que el SNS tendiera hacia el modelo holandés.

Daniel Aparicio

Guillem López Casasnovas, economista de la salud, se ha encargado, en palabras del moderador José Zamarrigo, "del análisis menos amable": la valoración económica de la Ley General de Sanidad. "Es como valorar mi propia carrera académica, ya que me estrené en 1981 y comencé a ver sus primeras evoluciones recién llegado al Reino Unido [se doctoró en Economía Pública por la Universidad de York en 1984]. He escuchado todo tipo de valoraciones elogiosas y es lógico que las hagan quienes tienen una perspectiva temporal que les permita comparar aquella situación con la anterior. Yo no la tengo. Mis recuerdos son parcelarios y mi valoración es, por tanto, transversal".

Algo chocante

El economista ha calificado su primer encuentro con la ley como "chocante. Desde mi perspectiva, se trataba de importar un modelo británico de los años cuarenta en una sociedad y una realidad tremendamente distinta con cincuenta años de desfase. Visto desde fuera, estábamos importando algo que en el Reino Unido ya estaba cambiando. Lo viví con cierta esquizofrenia: se hablaba de un sistema nacional cuando la diversificación consagrada en la Constitución comenzaba a tomar cuerpo y algunas co-

Mi primer encuentro con la ley fue chocante: estábamos importando un modelo británico de los años cuarenta en una realidad muy distinta

Lluch era un gestor más económico que clínico; sus reticencias a la gestión clínica se convirtieron en una debilidad de lo que se estaba configurando

munidades obtenían las transferencias y se utilizaba el concepto salud en lugar de sanidad: está muy bien, pero no se hizo el esfuerzo interdisciplinar que el término salud exigía".

Su análisis ha alcanzado también a la figura de Ernest Lluch. Su afecto hacia él no le ha impedido señalar que "era un gestor más económico que clínico, y esta reticencia a la transparencia en gestión clínica y a transferir el riesgo se convirtió en un punto débil de lo que se estaba configurando. Después llegó Julián García Vargas y agitó la situación con el Informe Abril cuando hubiera sido necesario algo más de peso para lo que se estaba incorporando".

En cuanto a los principales problemas, López Casasnovas distingue entre los heredados y los sobrevenidos. En el primer grupo, la progresiva politización de la sanidad, "que se ha convertido en uno de los lastres actuales", y la idea de que "los entes de gasto son centros de coste". Entre los sobrevenidos, la falta de ubicación del sector privado: "No sabe si ceñirse a su papel de sustituto, como en el modelo Muface, o esperar a que el sector público lo haga mal para complementar la oferta con sus servicios". También detecta algo de confusión entre algunos profesionales: "Propugnan la autonomía clínica y la libre prescripción, pero no asumen ninguna transferencia de riesgo en un modelo de financiación prospectiva".

Sobre el futuro, López Casasnovas ha sugerido que el camino tal vez tenga que seguir la senda del modelo holandés (los centros se financian a través de un seguro público, deben superar un estricto proceso de certificación para ser proveedores de servicios y su cartera de prestaciones se determina en función de su utilidad social y su coste-efectividad): "No lo copiaría entero, pero me parece más interesante que el hecho de que un financiador establezca presupuestos por grupo relacionado de diagnóstico (GRD)".

LA EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES



María Teresa Herranz, Pedro Sabando, José Luis García Arboleya, Guillermo Fernández Vara y Alberto Núñez Feijóo.

LOS PANELISTAS DE LA SEGUNDA MESA COINCIDEN EN QUE LA UNIDAD Y EFICACIA DEL INTERTERRITORIAL PASA POR UN ACUERDO ENTRE PSOE Y PP

Ferraz y Génova: dos calles para un consenso

→ **Consejeros y ex consejeros de Sanidad populares y socialistas, cargos autónomos de ambas formaciones, sindicalistas y profesionales coinciden en que la solución para uno de los principales lastres del sistema sanitario,**

"la preocupante división y la desacertada politización" del Consejo Interterritorial, pasa por un acuerdo entre los dos grandes partidos. Solventadas sus diferencias, auguran todos, los consejeros se entenderían mejor.

■ Francisco Goiri

José Zamarrigo, que ha moderado la segunda mesa de debate y ha introducido a los panelistas, ha aprovechado su intervención para resaltar los temas que, a su juicio, siguen inconclusos veinte años después de la Ley General de Sanidad.

El ex presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha incidido en temas estrictamente laborales -"la precaria estabilidad laboral y las pobres retribuciones, más o menos a la mitad de lo que cobran otros empleados públicos"-, ha criticado el desarrollo de la carrera profesional -"no funcionan de manera homogénea en todas las autonomías"- y, en consonancia con las intervenciones previas de Amaya y Díaz Rubio, ha alertado del déficit en formación continuada, donde "aún queda mucho por hacer".

Zamarrigo ha cerrado su intervención lamentando las lagunas que, según él, existen aún en materia de medicina preventiva: "En España se ha desarrollado mucho más la medicina asistencial que la preventiva, ya que, entre otras cosas, no se prepara a los futuros médicos para practicarla; la medicina preventiva requiere inversiones a corto plazo para recoger los frutos a largo, y esa forma de trabajar no es propia de los políticos".

En línea con la postura de Zamarrigo de resaltar las carencias del sistema, José Luis García Arboleya ha destacado que aún quedan dos temas pendientes: encon-

García Arboleya: "Urge un mecanismo de financiación bien entendido y mejor realizado, y no apañíos temporales que no resuelven nada"

trar un método de financiación eficaz y duradero y vencer la rigidez del sistema.

"Urge un mecanismo de financiación bien entendido y mejor realizado, y no apañíos temporales que se hacen cada cierto tiempo, pero no resuelven el problema de fondo. Lo primero que hay que dilucidar es si hace falta poner más dinero, quizás un punto o punto y medio del PIB, sin poner en riesgo la marcha de la economía", ha propuesto el ex consejero andaluz de Sanidad.

En cuanto a la rigidez, ha recordado que "el médico no ha sabido sumarse al cambio, no ha liderado ese proyecto, pero, ojo, no estoy echando la culpa a los profesionales; los médicos han sido los actores más importantes en el desarrollo de la ley, pero también han sido los más afectados".

Su intervención se ha cerrado con una andanada a la división que padece el Consejo Interterritorial, subsanable, según él, con un acuerdo entre los dos grandes partidos: "No son los consejeros quienes tienen que ponerse de acuerdo entre sí, sino Ferraz y Génova".

El guante lanzado por García Arboleya ha sido recogido por un consejero del

PSOE en activo, el extremeño Guillermo Fernández Vara, y otro que lo fue de Madrid, Pedro Sabando, que han ratificado la división del Interterritorial y han entonado su propio *mea culpa*.

"Cuando llegué al Consejo había dos bandos, transferidos y no transferidos, y ahora parece que la agrupación es por partidos. No es bueno que haya tanta política con minúsculas en el Interterritorial; hace falta más política con mayúsculas, de verdad. Es absurda tanta guerra interna, porque cuanto mejor le vaya a la sanidad en Madrid o en Valencia, mejor le irá en Extremadura", ha asegurado Fernández Vara.

Igual de meridiana ha sido la crítica de Sabando: "El Interterritorial está desacertado".

Fernández Vara: "No es bueno que haya tanta política con minúsculas en el Interterritorial; hace falta más política con mayúsculas, de la de verdad"

tadamente politizado por PSOE y PP. O se retoman las cuestiones esenciales y se modifican las desacertadas actuaciones de hoy o corremos el riesgo de hacerlo inoperante. Nos perdemos en temas accesorios y quizás hay que empezar a pensar ya en una ley general de sanidad para el siglo XXI".

Los crítica voz de Sabando también ha tenido palabras para la política sanitaria de cada comunidad: "Se repite miméticamente un

Sabando: "Colegios y sociedades tienen una desafección con el sistema que no entiendo; se limitan a imputar los problemas al gobierno de turno"

preocupante discurso en todos los parlamentos autonómicos: complacencia de los que gobiernan con el sistema y sistemática mordacidad crítica de la oposición, y eso desanima a los profesionales, que acaban desconfiando de la política".

Colegios, sociedades y sindicatos no se han librado de la crítica de quien fue secretario de Sanidad y consejero madrileño entre 1987 y 1995. A los dos primeros les censuró "una desafección con el sistema, que no entiendo; se limitan a imputar los problemas a los gobiernos de turno, y eso les deslegitima a ojos de los profesionales". Aprovechó además la presencia de Amaya para recordar a las centrales que "la época del sindicalismo reivindicativo, de la lucha patrón/trabajador, ha pasado a la historia; la Sanidad es de todos y, desde una postura de privilegio, es irresponsable agitar e iniciar huelgas".

También García Arboleya había hecho blanco en Amaya al cuestionar si los profesionales estaban mal pagados, como había asegurado el secretario general de CESM en su ponencia: "Depende en cuánto valoremos la plaza en propiedad -ha matizado el ex consejero an-

daluz-. Yo trabajo en el sector privado y a lo mejor renunciaba a parte de mi sueldo a cambio de la estabilidad en el puesto. El médico no puede ser un funcionario, su estatus debe ser el de un laboral que asuma los riesgos del puesto, pero también los beneficios".

El copago -"palabra maldita", según Fernández Varatambién circuló en boca de los panelistas: "Pronunciar esa palabra quita votos, y ningún político, y yo el primero, va a decirla. Pero si no queremos hablar de copago, hablemos de modificar la aportación que el usuario hace al sistema en virtud de las características y prestaciones del servicio que recibe", ha pedido el consejero extremeño.

Herranz: "Las presiones ejercidas desde distintos ámbitos harán que la carrera profesional no satisfaga las expectativas depositadas en ella"

María Teresa Herranz, consejera de Sanidad de Murcia, una comunidad inmersa en la negociación de su carrera profesional, se ha mostrado muy molesta con el desarrollo de los modelos aprobados en otras autonomías: "La gestión clínica y la carrera fueron en su día un gran anhelo de los políticos y levantaron muchas expectativas entre los profesionales para mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud, pero hoy la carrera se

Núñez Feijóo: "Hay que aprovechar el aparente acuerdo que los dos grandes partidos y los nacionalistas parecen tener en cuanto a la gestión del SNS"

ha convertido en un incremento encubierto de las retribuciones. Las presiones ejercidas desde distintos ámbitos harán que las carreras no satisfagan las expectativas depositadas en ellas".

Herranz también se ha referido al Consejo Interterritorial, pero para constatar la generalizada preocupación de los consejeros ante "la inasumible espiral de gasto" en la que están inmersas las negociaciones sectoriales y reclamar un acuerdo que frene esa tendencia.

Aunque Alberto Núñez Feijóo ha resumido la Ley General de Sanidad como "veinte años de éxito", también ha advertido de que "hay nubarrones en el horizonte", y ha animado a aprovechar "el aparente acuerdo que los dos grandes partidos y los nacionalistas parecen tener en cuanto a la gestión del sistema de salud".

El ex presidente ejecutivo del Insalud y actual presidente del Partido Popular en Galicia ha aportado "dos recetas para que dentro de otros veinte años el balance siga siendo igual de bueno": hablar en serio de las prestaciones farmacéuticas y abordar la gestión profesionalizada de los hospitales y los centros de salud.

UN RECUERDO PARA EL PROMOTOR DE LA NORMA



Los participantes en el encuentro escucharon atentos el emocionado recuerdo que Félix Lobo brindó a la figura política y humana de Ernest Lluch.



Marcos Gómez Santos, presidente del colegio de Las Palmas; los abogados Ricardo de Lorenzo y Alfonso Atela y el presidente del Colegio de Badajoz, Pedro Hidalgo.

FÉLIX LOBO, COLABORADOR Y AMIGO, GLOSÓ LA FIGURA DEL MINISTRO QUE IMPULSÓ LA LEY

Una buena ocasión para rendir homenaje a Ernest Lluch

→ En el aniversario de la Ley General de Sanidad falta un personaje clave: el ministro que la impulsó, Ernest Lluch. Su amigo y colaborador Félix Lobo glosó su figura en este encuentro y afirmó que era un hombre tan completo que vivió muchas vidas en una, la que le arrebataron los asesinos de ETA.

■ **Silvia Churruca**

Félix Lobo fue director general de Farmacia con Ernest Lluch y luego fue su segundo cuando ocupó el Recorado de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Con ese conocimiento hizo una gran revelación: Lluch nunca entendió las razones que llevaron a Felipe González a cesarle y además lo encajó mal, porque le gustaba ser ministro de Sanidad. Siempre supuso que

había sido víctima de los juegos de equilibrios propios de la vida política.

Emocionado, Lobo agradeció a DIARIO MÉDICO y a la Fundación Abbot la ocasión de rendir homenaje a quien calificó de hombre del Renacimiento, que vivió muchas vidas. Reconocido economista, culto, inquieto, amante de la pintura, nacionalista, político, gran negociador, ciudadano comprometido, forofo del Barça...

así era Lluch en palabras de su amigo.

Incluso se atrevió a conjeturar qué diría de la situación política actual, afirmando que de seguro le alegraría el anuncio de tregua de la banda terrorista ETA. Los mismos terroristas que le asesinaron por su compromiso con la situación del País Vasco y su lucha por integrar a todos los nacionalistas en el diálogo político y alejarles de la violencia.

Entre los asistentes hubo quien echó en falta que no fuera la actual ministra de Sanidad, Elena Salgado, la que tomara la palabra para recordar a su antecesor, pero compromisos ineludibles se lo impidieron. A Lluch le hubiera gustado seguir siendo ministro de Sanidad, y a los profesionales del sector que hubiera estado en 2006 en el Hotel Ritz para que les contara cómo hizo la ley, pero no pudo ser.



Las responsables de sanidad en sus sindicatos, María José Alende, de CCOO, y Pilar Navarro, de UGT, flanquean a la ex ministra de Sanidad, Ana Pastor.



Rafael Matesanz, coordinador nacional de Trasplantes, saluda a Emilia Sánchez Chamorro, subdirectora de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Educación.



El presidente de la Fundación Abbot, Ramiro Zafra, charla con el economista José Luis Perona, y Albino Navarro, gerente de la Fundación para la Investigación del Hospital Gregorio Marañón.



José María Lobos, presidente de Facme, y Verónica Casado, de la Comisión de Medicina de Familia.



Los presidentes de los colegios de Burgos, Álava, Zaragoza y Soría: Javier Domínguez Vallejo, Kepa Urigoitia, Celso Mostacero y José Ramón Huerta.



José Luis Temes, José Luis García Arbolea, Emilia Sánchez Chamorro y José María Segovia de Arana, saludan al director de DM, Javier Olave.