

**NUESTRO DERECHO A LA SALUD.
LA SANIDAD VIVIDA**

Prof. Dr. Honorio-Carlos Bando Casado

© Honorio Carlos Bando Casado
1ª Edición. Mayo 2019

Depósito legal: M-17195-2019
Impresión: Beaprint, S. L.

A Mary Rosa, mi compañera y amiga inseparable durante más de 50 años, aportando colaboración, esfuerzo y equilibrio, y a la familia que hemos formado juntos, de la cual me siento muy orgulloso. A todos ellos, mi profundo cariño y gratitud.

Sumario

Presentación.....	7
Prólogo.....	8
Preludio.....	11
1. La sanidad predemocrática.....	13
2. Mis comienzos en el ámbito de la Salud.....	15
3. El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.....	16
4. La Reforma Institucional de la Seguridad Social y la Salud.....	18
5. La Constitución de 1978: La Consolidación del Derecho a la Salud.....	20
6. Una Apuesta por la Integración y Vertebración de la Sanidad: la creación del Instituto Nacional de la Salud (Insalud).....	22
7. La Sanidad en los años 1980.....	25
8. La Protección de los Consumidores y Usuarios. Los Derechos del Artículo 51 de la Constitución.....	32
9. La Salud y el Consumo, ante la incorporación de España a la Unión Europea.....	37
10. La configuración de nuestro Sistema Nacional de Salud. La Ley General de Sanidad de 1986.....	40
11. Hacia un nuevo desarrollo en el ámbito de la Salud y el Consumo.....	48
12. La formación en Ciencias de la Salud y de la Vida y la ordenación de las profesiones sanitarias.....	56
13. La Investigación Sanitaria: el Instituto de Salud Carlos III.....	69
14. La Sanidad descentralizada: el Estado de las Autonomías.....	76
15. La Educación para la Salud: su papel e importancia.....	81
16. Luces y sombras de nuestro Sistema Nacional de Salud.....	85
17. La participación de las Fundaciones en el fomento de la salud, la investigación y el bienestar.....	92
Epílogo.....	97
Bibliografía consultada.....	98

Presentación

Es un honor para mí presentar el libro “Nuestro Derecho a la Salud. La Sanidad vivida”, del que es autor el Prof. Dr. Honorio Bando muy conocido y querido en sector sanitario, en el que ha trabajado y desarrollado una excelente trayectoria profesional, durante más de cuarenta años, avalada por diferentes distinciones y reconocimientos recibidos.

La Fundación ASISA, que es una entidad privada sin ánimo de lucro, creada por el Grupo ASISA, para dar respuesta a su compromiso social, al impulso de la salud y su vocación de contribuir al desarrollo del conocimiento mediante sus programas y acuerdos con Universidades, Reales Academias y Comunidad Científica e Investigadora.

La Fundación ASISA ha colaborado en la publicación del presente libro, que incorpora el diálogo interdisciplinar, al que nos tiene acostumbrado Honorio Bando, bajo el talante humanista y jurídico de su contenido, fruto de su experiencia vivida con profundidad y dedicación. Todo ello sin perder rigor científico e intelectual, lo cual hace más agradable su lectura y lo consideramos una aportación a las Ciencias de la Salud.

Francisco Ivorra

Presidente de la Fundación ASISA

Prólogo

ME cumple la enorme satisfacción de presentar el libro del Dr. Honorio Bando, que desde su barrio sevillano, como recuerda del poeta Antonio Machado, viene a Madrid a vivir la evolución de la medicina y sus constantes cambios regulatorios. Cuenta en primera persona sus experiencias, sus vicisitudes y sus ilusiones por mejorar la salud de los españoles. Es un paseo por toda la historia de la sanidad sin obviar ningún detalle. Quien quiera conocer la sanidad española, del último medio siglo pasado, debe acercarse a las páginas de este libro donde se agavillan junto a experiencias de tipo personal, aspectos legales, que desde la óptica del conocimiento de nuestro autor, se exponen con claridad.

Hay tantas cosas que le han marcado en su trayecto que, a veces, puede parecer un tanto reiterativo su análisis y comentarios, pero al ser experiencias personales tiene el valor de los intrínsecamente verdadero. De sus recuerdos expone sus inquietudes por el mundo de la curación en una constante reflexión sobre el binomio enfermedad - salud desde la óptica de las leyes que merced a su formación jurídica supo desplegar en un Madrid, que amanecía, ayuno de reglamentaciones y preceptos jurídicos. No en vano ganó las oposiciones al Cuerpo Superior de Técnicos de la Seguridad Social, pues esto le valió de pasaporte para iniciar su andadura por el camino de la sanidad. Pasó por la Ciudad sanitaria de Ntra. Sra. de Covadonga de Oviedo, donde adquirió una sólida maestría en este campo, tan proceloso que a veces nos inquieta por los recovecos a los que nos conduce. Sin embargo, supo combinar el rigor científico y el talante humanista que le caracteriza, lo que da, por otra parte, un valor superior a este libro.

Una de sus labores más encomiable fue su participación activa en la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social al que pertenecía el Instituto Nacional de Previsión. Allí, como dice nuestro autor, puso su “granito de arena”, lo que no es cierto ya que su participación fue encomiable y ardua ya que hasta entonces estas competencias estaban distribuidas en diferentes ministerios como el de la Gobernación, Trabajo y otras dependencias administrativas. Honorio tuvo que unirlas y darlas cuerpo de naturaleza legislativa. Trabajó, codo con codo, con el primer ministro de Sanidad que tuvo la democracia, Enrique Sánchez de León, en una época, la transición, difícil y complicada. Honorio supo surcar estas aguas con maestría y destreza, lo que le valió su bautismo en la sanidad española. Convirtió el marasmo administrativo en un campo normativo sosegado y sereno. Años después colaboraría con Segovia de Arana en la regulación del programa de Médicos, internos y residentes, que tanta gloria da a España dentro y fuera de nuestras fronteras.

Nos deleita, en su libro, con distintos aspectos históricos vividos en primera persona. No es la bibliografía de la que echa mano, que también, sino de su conocimiento directo de temas abruptos y complicados que han pasado por sus manos como el “síndrome tóxico” que tantos sinsabores y preocupaciones desentrañó, en una España que amanecía, en su desarrollo. Como asesor del gabinete de Presidencia del Gobierno de Felipe González, tuvo que lidiar con múltiples problemas como la protección de los consumidores y la sanidad.

Como en una película, por sus manos han pasado diferentes fotogramas de la vida española: la democracia con sus elecciones que implicaban una apuesta por la sanidad, la ley general de sanidad de 1986 y sus distintos cambios normativos, la entrada de España en la unión Europea. Todo ello ha significado, que era imperativo y mandatorio, una adaptación a las leyes europeas en un mercado común que amanecía con optimismo y esperanza, no exenta de preocupación ante lo que nos deparaba el futuro. Honorio supo surcar estas aguas con destreza y habilidad lo que le supuso que múltiples organismos, de la España floreciente, requiriesen su trabajo. Todo ello significó una experiencia asentada en el día a día, que es como se obtiene la verdadera que toda obra, bien realizada, necesita.

Por sus manos han pasado temas de enorme importancia, en estas casi cuatro décadas de servicio a la Sanidad española. Podemos citar, sin ánimo de ser tedioso, la Comisión de Formación Continuada, la Ordenación de las profesiones Sanitarias, las actividades en el Instituto de Salud Carlos III y la investigación en el campo de la sanidad, las Autonomías y todo el desarrollo jurídico que ello conllevaba. En definitiva si tuviera que poner en una sola frase su actividad sería la de un hombre preocupado por la educación para la salud y el bienestar de los españoles.

Aquellos que no son capaces de mirar al pasado, enriquecerse con su legado y aplicarlo a su proyecto vital futuro, son personas llamadas al fracaso y la incertidumbre. Honorio ha sabido mirar al pasado, a “su pasado más íntimo”, por lo que leer este libro nos llevará a beber el agua del manantial de la Ciencia, una Ciencia vivida en su más prístina concepción de realidad existencial.

Honorio nos enseña con una gran clarividencia su verdad y nos guía a través de la historia para que sepamos transmitir, con sus luces y sus sombras, a nuestros descendientes, que no deben olvidar los senderos transitados por otras personas. A lo largo de sus páginas se desgranar preocupaciones, experiencias, observaciones que nuestro prologado autor, ha sabido plasmar en las páginas de un libro que junto con la Sanidad rezuma Historia vivida. Pocos libros, como este, son testimonio de experiencias. La bibliografía sirve como andamiaje que da cuerpo de naturaleza, pero lo que es verdaderamente laudable es su amor a la sanidad.

Antonio Bascones

Catedrático de la Universidad Complutense

Presidente de la Real Academia de Doctores de España

Presidente de la Academia de Ciencias Odontológicas de España

Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina de España

Preludio

COMO docente y profesional de la medicina, es un honor para mí, escribir unas líneas como preludio del libro del Dr. Honorio Bando “Nuestro derecho a la salud. La sanidad vivida”.

Estamos ante un libro que aporta un testimonio honesto y veraz vivido por Honorio Bando, durante más de cuatro décadas, que han contribuido de una manera efectiva a la construcción de nuestro derecho a la salud y a la vertebración de nuestro Sistema Nacional de Salud, que en la actualidad tenemos y disfrutamos en España.

Recuerdo cuando Honorio Bando escribía: “He salido del mar buscando el camino, pero he encontrado la vereda, que otros han de continuar...”. Este pensamiento expresa el talante que se manifiesta en este libro, así como su gran preocupación por la salud de los ciudadanos, que se demuestra por su profunda vocación por las Ciencias de la Salud y de la Vida, la que personalmente comparto con él.

Como Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, de la que es Profesor Honorario, el Dr. Bando, soy testigo de sus inquietudes docentes, académicas y sus ideas sobre el fomento de la investigación biomédica, en la cual se siente comprometido y se reflejan en el libro que el lector tiene en sus manos, que es un caleidoscopio con diferentes perspectivas y enfoques, que demuestran su sólida formación humanista y su servicio a los ciudadanos, todo ello con el espíritu de diálogo permanente que le caracteriza y que han enriquecido la “sanidad vivida”.

Juan Antonio Vargas

*Catedrático y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.
Vicepresidente 2º de la Academia Médico-Quirúrgica Española.*

1. La sanidad predemocrática

LA preocupación por la sanidad por parte de los ciudadanos ha sido una constante histórica en especial, en los luctuosos años y siguientes a nuestra guerra civil. Como señalaba Ortega y Gasset, España quedó invertebrada, llena de incertidumbres y carencias. La Dirección General de Sanidad, creada por ley, sobre el Servicio General de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 obra del Diputado liberal Mateo Seoane, que atribuía competencias sanitarias al Ministerio de la Gobernación, siendo un órgano centralizado. Tras la Guerra Civil esta centralización se acentúa y los controles por parte del Estado fueron más rigurosos, olvidando la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934 del gobierno de Lerroux y el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Protección Social de Federica Montseny. En pleno desarrollo de la autarquía española de los años 1940 se promulga la ley del Seguro obligatorio de Enfermedad de 14 de diciembre de 1942. Con esta normativa se da un paso importante en el avance de los Seguros Sociales, al regularse la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Este seguro venía a cubrir a la población española que trabajaba por cuenta ajena o propia, extendiendo también este seguro a los familiares que convivieran con el asegurado y a sus expensas. El SOE constituye un avance en el Sistema de Seguridad Social, sentando las bases para el desarrollo sanitario de los años 1960, que crearía las Residencias Sanitarias de la Seguridad Social, bajo la órbita del Instituto Nacional de Previsión (INP), al que luego me referiré más ampliamente, puesto que marcó un verdadero hito para la sanidad española en el siglo XX. Miguel Rodríguez Piñero, que fue profesor mío en la Facultad de Derecho de Sevilla y hoy Consejero Permanente del Consejo de Estado, en su magnífico trabajo sobre “El Estado y la Seguridad Social” señalaba la importancia de la población trabajadora, que la única fuente de riqueza era su propio trabajo, independientemente de la forma que lo realicen.

En aquéllos años mientras que en Europa se trabajaba sobre los antídotos a las enfermedades infecciosas y se realizaban los primeros ensayos clínicos con la estreptomycin, en España el Consejo de Sanidad Nacional acometió el encargo de llevar a cabo la elaboración de un texto de base para una nueva normativa sanitaria. Siendo Ministro de la Gobernación

Blas Pérez González, quien encargó la responsabilidad directiva de la elaboración del texto legal al entonces Director General de Sanidad, Palanca y Martínez Fortun, que defendió la Ley de Bases de Sanidad Nacional en la sesión plenaria de las Cortes Españolas de 22 de noviembre de 1944, intervino también en su apoyo el Ministro de la Gobernación Pérez González. La Ley de bases de Sanidad Nacional de 1944 nace invertebrada, ya que no aborda soluciones a los problemas sanitarios reales, enfocados desde el punto de vista curativo, que no podía quedar en manos de los ciudadanos, puesto que tenían que afrontarlo las Administraciones Públicas. Uno de mis maestros, el Profesor García de Enterría, que fue Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad Complutense de Madrid y Presidente de mi Tribunal de Tesis Doctoral decía: “Ha de notarse que a veces se utiliza la Ley de Bases, no en el sentido de delegación receptiva sino en una vulgar ley básica, en cuyo supuesto es de aplicación inmediata o mediante reglamentos ejecutivos y no quiere un texto articulado, por ejemplo la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, a pesar de su vigencia, no afrontó la promoción de la salud hasta la llegada de la democracia en España”. Las inquietudes de todos los que ostentaban responsabilidades en el ámbito de la sanidad, tenían claro que era necesario desde la aprobación de la Ley de Bases de 1944, una reforma sanitaria en España, en la línea de los países europeos, que cumpliera las necesidades de la población protegida. Reformas parciales y sectoriales han existido muchas, como la Ley de Hospitales de 21 de junio de 1962. Pedro Sabando Suárez, que fue Subsecretario de Sanidad y Consumo con el malogrado, entonces Ministro, Ernest Lluch, ponía énfasis en el mito de la coordinación poniendo de manifiesto que en los últimos lustros, ante la imposibilidad o la falta de convicción en la necesidad de organizar un Sistema Sanitario que integrase tantas estructuras dispersas, se ha sentado la idea de que manteniendo separadas las diversas estructuras sanitarias públicas, la coordinación podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema.

Era una realidad evidente que era necesaria una Ley verdaderamente integradora del Sistema, así que desde 1944, pasaron más de 40 años para que llegara, como veremos más tarde.

2. Mis comienzos en el ámbito de la Salud

CUANDO dirigía la consultoría BANCASA, mis amigos y compañeros de Sevilla que vivían en Madrid, me convencieron para preparar unas oposiciones al Cuerpo Superior de Técnicos de la Seguridad Social, entonces I.N.P. (Instituto Nacional de Previsión). Formamos un equipo de preparación y en mi despacho del Paseo de la Castellana. Por las tardes-noches comenzaba la tarea, que tras unos meses de esfuerzo, culminaríamos con éxito. Al no existir plaza en Madrid opté por Oviedo. Allí mi destino fue la Ciudad Sanitaria de Ntra. Sra. de Covadonga, hoy Hospital Central de Asturias, donde comienzan mis inquietudes por la Promoción de la Salud, emprendiendo el camino en el sector sanitario. Me encargaban tareas jurídicas del Centro y al poco tiempo fui Jefe de Prestaciones del Hospital, en aquellos tiempos era el buque insignia de la sanidad asturiana, perteneciente a la Red Sanitaria de la Seguridad Social del INP. Mi experiencia en este Hospital asturiano me sirvió para adquirir una formación sanitaria importante y básica para acometer las responsabilidades de gestión y asesoramiento que posteriormente fui asumiendo en mi trayectoria profesional.

El Profesor González González, catedrático de Historia del Pensamiento Económico de la Universidad Complutense de Madrid y que fue Secretario de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo en un prólogo a uno de mis libros, decía sobre mi etapa asturiana: “Honorio, bajo una luz moral como los verdaderos creadores, integra la experiencia sanitaria asturiana y el paisaje brumoso de aquella Sevilla del Norte, como gusta llamarle”

Mi vocación e inquietudes por la formación, en aquél entonces comenzaba mi tesis doctoral en la Universidad de Oviedo, me llevaron a interesarme por la formación de los médicos residentes MIR. El hospital de Ntra. Sra. de Covadonga era pionero en este sistema de formación. Me puse en contacto con el Profesor Segovia de Arana que acometía los primeros ensayos del MIR en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid y estuvimos cambiando impresiones de lo que debería ser el sistema de formación médica especializada, que en años posteriores se convertiría en el MIR. Mi objetivo profesional en aquellos momentos era regresar a Madrid fundamentalmente por motivos familiares. Mis contactos con

el Dr. Segovia de Arana llegaron a un punto que me ofreció venirme al Hospital Pta. de Hierro que él dirigía, conectado con la Universidad Autónoma de Madrid, dónde él era catedrático de la Facultad de Medicina. Su propuesta me agradó mucho, le dije que me lo pensaría. Al poco tiempo me surge otra oferta diferente, ser Letrado del Ministerio de Trabajo para llevar recursos del ámbito de la Seguridad Social, en conexión con la Dirección General competente. Al final acepté esta oferta y me establecí en un despacho en la sede de los Nuevos Ministerios. En aquellos momentos se empezaba a gestionar la convocatoria de las primeras elecciones democráticas.

En estos meses desde el Ministerio fui viviendo los acontecimientos que desembocarían en una nueva etapa para España. El presidente Adolfo Suárez convocaba las elecciones para el 15 de junio de 1977, para devolver a la sociedad lo que la ciudadanía consideraba normal, la lucha por la libertad había sido un objetivo social durante las última décadas con su trascendencia en lo político y en lo económico. Se escuchaba la canción del Grupo Jarcha “Libertad sin ira... porque hay libertad”, era como un himno al triunfo de la democracia, que tuvo su reflejo en las urnas el 15 de junio de 1977. Previo a esta histórica fecha mantuve conversaciones con Joaquín Garrigues Walker que tuvo un papel muy destacado en la Transición, sobre como debería ser la estructura y vertebración del Estado, en el momento en el que nos había tocado vivir. Por ende hablamos del futuro de la sanidad y del derecho a la protección de la salud, como constante histórica, Cada vez que un gobierno alcanzaba el poder democrático, desde la Constitución de las Cortes de Cádiz en 1812.

3. El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social

CON el triunfo electoral del Partido Unión de Centro Democrático (UCD), el 15 de junio de 1977, el Presidente del Gobierno Adolfo Suárez, formaba un nuevo gobierno, aprobándose el Real Decreto 1558/1977 de 4 de julio, por el que se reestructuraban determinados órganos de la Administración del Estado. En el artículo 12, apartado 1 se creaba el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Dicho artículo contenía las competencias básicas de Sanidad, Servicios Sociales y las del ámbito de la Seguridad Social. El Presidente del Gobierno nombra

y le encarga la cartera de Sanidad y Seguridad Social a Enrique Sánchez de León, Inspector de Trabajo, buen conocedor y experto en asuntos de Seguridad Social, que había ya ocupado diferentes cargos en la Administración del Estado.

Con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que tenía su órbita el gran gigante de la Seguridad Social, con un presupuesto superior al de la Administración del Estado, el Instituto Nacional de Previsión. Puse mi granito de arena para culminar la gran obra de la democracia, la creación del Ministerio de Sanidad, que durante el régimen del General Franco eran competencias del Ministerio de la Gobernación y por otro lado del Ministerio de Trabajo. Para mí fue una gran satisfacción la puesta en marcha de esta cartera ministerial, con el gran beneplácito del Presidente Adolfo Suárez. Con el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social aparecía nuevamente a la esfera pública el primer órgano, con rango máximo, que va a tutelar la protección del derecho a la salud de los ciudadanos, estructurándose el Ministerio, con dos Direcciones Generales importantes: la Dirección de Salud Pública, en la línea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Dirección General de Farmacia, dónde una de las personas que la dirigió fue el Dr. Juan Manuel Reol Tejada, que después sería Presidente de la Real Academia Nacional de Farmacia (RANF), buen amigo con el que compartí trabajo profesional e inquietudes farmacéuticas viendo que el futuro de la aventura del saber del conocimiento se hacía cada vez más virtual y cada día observando lo mucho que nos quedaba por hacer en el ámbito de las Ciencias de la Salud y de la Vida.

Enrique Sánchez de León fue primer ministro de la cartera de Sanidad y Seguridad Social de la democracia. El Ministerio de 1977 tiene como primera denominación Sanidad. El Ministro Sánchez de León en una época de la transición difícil por las dificultades políticas y económicas, llevó a cabo los primeros objetivos para dotar de nuevas estructuras a la sanidad reciente de la democracia, intentando poner orden en el marasmo de las competencias sanitarias del Estado, la Seguridad Social y los Servicios Sociales, no gestionados y dirigidos con el rigor y la transparencia que la Administración General del Estado demandaba en aquellos momentos para una concepción integral del Derecho a la Salud.

4. La Reforma Institucional de la Seguridad Social y la Salud

EL Real Decreto 36/1978 de 16 de Noviembre sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo fue una normativa básica e importante de la época de UCD, que marcó un verdadero y decisivo camino en la ordenación de la sanidad. El cambio es ley de vida, señalaba John F. Kennedy "Cualquiera que sólo mire el pasado o el presente, se perderá el futuro". Enrique Sánchez de León fue más allá del cambio, como alma mater de este Real Decreto Ley de 1978.

A principios del S. XX y como consecuencia de los movimientos sociales desplegados en esta época, cristalizado en el desarrollo de las manifestaciones de los sindicatos entre los que cabía destacar como más representativos la Unión General de Trabajadores (UGT) y la Confederación Nacional de Trabajadores (CNT), la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1919 que siguieron luchando paulatinamente para conseguir mejoras para el mundo obrero. Estas repercusiones sociales se reflejan en la acción pública sobre la sanidad. Fruto de ello tenemos la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900 que vino a dar una cobertura contra los riesgos que puedan sufrir la salud de los trabajadores, derivados o consecuencia de su trabajo, hacía hincapié el profesor Escribano Collado. A mi juicio fue el primer precedente, en España, de la Salud Laboral.

En esta línea, con los cimientos señalados, el Ministro Eduardo Dato llevó a cabo su obra cumbre, el Instituto Nacional de Previsión (INP) que fue creado por ley de 27 de febrero de 1908, que marcó otro hito muy destacable por su trascendencia que tuvo su mentor en José Maluquer y Salvador, jurista de pro, que fue Académico de la Real Academia Española de Jurisprudencia y Legislación a la que me honro en pertenecer, y de la Medicina, artífice de la Protección Social, siendo defensor de las inversiones estatales, de carácter social enfocadas hacia el aseguramiento y la protección de la salud, que inspiraron el reformismo social. El Ministro Eduardo Dato apostó por la puesta en marcha del INP, que tuvo a Maluquer Salvador como primer presidente, en el antiguo caserón de la calle Alcalá 56 de Madrid, tiene dedicado el Salón de Actos en su memoria

“Aula Maluquer”. El ideólogo, José Maluquer Salvador estableció los pilares del Sistema Español de Seguridad Social, a través del INP, siendo el futuro embrión de la Seguridad Social, como acertadamente subrayaba el Profesor Rodríguez Piñero en su publicación “El Estado y la Seguridad Social”, que también insiste en que la especialización de la Seguridad Social se dará, por tanto en el Sistema Español, no sólo en un ámbito objetivo de predeterminación de riesgos, sino también en un ámbito subjetivo de delimitación de personas tipificadas por una presunción de poder incurrir especialmente en las situaciones de necesidad predeterminadas.

Por aquellos años nuestro Premio Nobel de Medicina y Fisiología, Santiago Ramón y Cajal que fue propuesto para el Ministerio de Instrucción Pública por el Presidente liberal Segismundo Moret, que Cajal no aceptó, pero sí consiguió que Moret le nombrara el primer Presidente de la Junta de Ampliación de Estudios, precedente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) cuyo secretario fue José Castillejo, vocales prestigiosos como Menéndez Pelayo, Echegaray, Rodríguez Carracido y Menéndez Pidal, entre otros. Cajal también hacía hincapié en la pérdida de talentos en España, que hoy todavía continúa, lamentablemente. Durante 69 años, desde la creación del INP, se ha venido poniendo de manifiesto, en obras y discursos, las razonables quejas y preocupaciones por artículos, la filosofía del cambio de la protección jurídica a la salud. Robert Kennedy decía que “el futuro no es un regalo, es una conquista”.

Con estos precedentes y en la línea de llevar a cabo una reforma transformadora de la Seguridad Social y la Sanidad, se presentó el Real Decreto-Ley de 16 de noviembre de 1978, por UCD, cuyo promotor fue Enrique Sánchez de León, Ministro de Sanidad y Seguridad Social, buen amigo, con el que he compartido inquietudes e ilusiones, en aquel momento y después cuando fue presidente de la Fundación de la Oficina Técnica del Medicamento y la Salud (OTIMES), de la cual soy patrono, le comentaba su valentía para transformar la gran obra de Eduardo Dato y adaptarla a los nuevos tiempos, que la realidad de aquellos momentos demandaba la sociedad española, en un período preconstitucional. Acentuándose otra nueva línea de protección de la salud de los ciudadanos usuarios, por aquel entonces de los servicios sanitarios del extinguido Instituto Nacional de Previsión, acabando su trayectoria histórica por la normativa que estamos aludiendo. También comentaba con Sánchez de León que este

proyecto, supuso un cambio y un “aggiornamento” de la concepción del sistema de seguridad social, ya que se comienza a separar de una manera nítida la protección jurídica de la salud. Se crearon por este cuerpo legal de 1978: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), organismos que fueron siendo muy operativos y piezas clave para la ordenación sectorial. En esta línea también hay que destacar la importante labor de la Tesorería General de la Seguridad Social, que desempeñó un papel dinamizador para el control y seguimiento de la actividad económica de la Seguridad Social, en una época de crisis económica, de escasez de medios y de recursos humanos, donde “los Pactos de la Moncloa” adquirieron la máxima extensión de su significado.

5. La Constitución de 1978: La Consolidación del Derecho a la Salud

La Constitución de 1978 en su capítulo tercero “De los principios rectores de la Política Social y Económica” afianza y consolida el derecho a la salud para todos. A mi juicio me pareció muy acertada la ubicación en el texto de nuestra Carta magna de 1978, en cuya elaboración participé indirectamente, situando el derecho a la salud dentro del ámbito socioeconómico y de los principios que posteriormente tenían que orientar el desarrollo constitucional. La Constitución contempla en el artículo 43, apartado 1, un amplio abanico referido a la promoción de la salud al establecer el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, principio básico que deben tutelar los poderes públicos en todas las actuaciones. En el mismo artículo se establece: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la Salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y recursos necesarios. La ley establecerá los deberes y derechos de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio “. El elenco y pluralidad de temas abordados en este artículo constitucional, nos daba y nos marcaba la hoja de ruta que tenía que seguir la reciente democracia española, en la línea de los países más avanzados de Europa.

El profesor Romeo Casabona en una línea que compartimos ampliamente que “La Constitución ha supuesto una referencia ineludible para los derechos de los ciudadanos en cuanto a usuarios de la sanidad, al tiempo que para los profesionales sanitarios. Pero al mismo tiempo ha constituido un formidable motor para que los poderes públicos hayan adoptado importantes medidas legislativas y ejecutivas destinadas a hacer efectivo el desarrollo sanitario y científico, en beneficio de todos”. La Constitución supone un antes y un después, en la sociedad española, creo que como decía Georges Sarel “El porvenir pertenece a aquéllos que no están desilusionados y los que participan más directamente y activamente en la elaboración”. Soy testigo de la ilusión, empeño y esfuerzo que se puso para llevar a cabo la elaboración de la Carta Magna, que presiden las actuaciones de los ciudadanos y políticos durante estos 40 que han cumplido en 2018.

Entre los participantes de los partidos políticos voy a enumerar algunos, ya que enumerar a todos sería una tarea incompleta, así pues me refiero a: Herrero de Miñón, Peces Barba, Sole Tura, Alfonso Guerra; Fraga Iribarne, Alzaga Villamil, Ruiz Giménez, Garrigues Walker, Jiménez Blanco, Pérez Llorca, entre otros. Hay que destacar la labor de coordinación que llevó a cabo el diputado del PSOE, Alfonso Guerra. También conviene destacar la inestabilidad política mientras se elaboraba la Constitución, eran palpables los movimientos involucionistas que el 23 de febrero de 1983 desembocaron con el asalto al Congreso de los Diputados. Quiero subrayar mi profundo y afectuoso homenaje al “Espíritu de la Transición” a todos los hombres y mujeres que lucharon y afrontaron el reto de una España Democrática. El pueblo español demostró una gran madurez, en todo momento, en la etapa que se llevaban a cabo los trabajos de redacción de la “ley de leyes”: La Constitución de 1978 avalada por una gran mayoría, por las Cortes el 31 de Octubre de 1978, referéndum nacional convocado por Adolfo Suárez y su gobierno, culminando la reforma democrática. Sonaba la canción: “Habla pueblo, habla que se oiga tu voz”; las películas de José Luis Garci “Asignatura Pendiente” o “Solos en la madrugada”, se proyectaban en nuestros cines...

Los asuntos recogidos en el capítulo tercero de la Constitución fueron contemplados en la línea más avanzada y progresista de las Constituciones Europeas, pero como todo en la vida hay sus luces y sus sombras, las

acechanzas inmovilistas influyeron notoriamente en el normal desarrollo de la elaboración del texto constitucional, lo que afectó al proceso de redacción del Título VIII sobre la Organización Territorial del Estado, acuerdos que tuvieron que alcanzarse en un tiempo limitado. La Carta Magna cierra un período constituyente y que el pueblo español no había conocido desde el 9 de diciembre de 1931, cuando se aprobó la Constitución de la II República Española, publicada en la Gaceta de Madrid en su número extraordinario, de esa misma fecha, que en su preámbulo decía: “España en uso de su soberanía y representada por las cortes constituyentes, decreta y sanciona la constitución”. Valery Giscard D’Estaing, Presidente de la República Francesa de 1974 a 1981, que fue conocido por su apoyo al Federalismo Europeo, en su magnífico libro “Democratie Francaise”, señalaba que “La historia de un pueblo, a partir del momento que posee instituciones democráticas, es la de la serie de opciones, la historia futura depende de lo que el pueblo elija”.

6. Una Apuesta por la Integración y Vertebración de la Sanidad: la creación del Instituto Nacional de la Salud (Insalud)

EL desarrollo de la sanidad española se ha ido vertebrando paso a paso y teniendo en cuenta la realidad política del momento. Tras la sanción de la Constitución Española por el Rey Juan Carlos I el 21 de diciembre de 1978 y la publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de 29 de diciembre de 1978, Adolfo Suárez, Presidente del Gobierno disolvió las Cortes, mediante el Real Decreto 3073/1978 de 29 de diciembre, hay que señalar que coincide con la publicación de la “Carta Magna”, culminándose el período constituyente, democrático, y convocándose elecciones generales para el jueves 1 de marzo de 1979.

Tras la celebración de las Elecciones democráticas, de acuerdo con la Constitución y con un pueblo que empezaba a acostumbrarse a votar, UCD gana las elecciones por amplia victoria: 168 escaños, con 6.291.341 votos, aunque no consiguió alcanzar la mayoría absoluta,

frente a los 121 escaños del PSOE. El Rey Juan Carlos I encarga a Adolfo Suárez formar gobierno y comienza la legislatura con Landelino Lavilla, como Presidente de las Cortes el 23 de marzo de 1979. El 6 de abril nombra Ministro de Sanidad a Juan Rovira Tarazona. Se crea por primera vez el Ministerio de Universidades e Investigación con Luis González Seara al frente de la cartera y al liberal Joaquín Garrigues Walker, Ministro adjunto sin cartera, figura clave de la UCD, al que luego me referiré. Con estos miembros y con la asignatura pendiente de la Economía que dirigía el Vicepresidente Primero Fernando Abril Martorell y el Ministro de Hacienda, el catedrático de Derecho Financiero, Jaime García Añoveros, y profesor mío, en la facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla, del que guardo un grato recuerdo. El Ministro de Sanidad Juan Rovira decidió continuar con la labor emprendida por Enrique Sánchez de León con el Real Decreto Ley de 16 de noviembre de 1978 y que en el artículo 1, apartado 1.2, creaba el Instituto Nacional de la Salud, para la administración y gestión de los servicios sanitarios y farmacéuticos, para su aprobación el Real Decreto 1855/1979 de 30 de julio, por el que se regulan las estructuras y competencias del INSALUD. En su exposición de motivos recoge: “se encomienda al Instituto Nacional de la Salud, el desarrollo y ejecución de servicios de medicina preventiva, promoción de la salud individual y asistencia sanitaria”.

Nace el INSALUD. Este Organismo fue un ente clave para la integración y vertebración de la sanidad en España, es un precedente firme para el Sistema Nacional de Salud que hoy disfrutamos. El INSALUD se convertía en el organismo máximo para afrontar la tutela y la protección de la salud de los ciudadanos y llevar a cabo la reforma sanitaria, que España necesitaba ya en aquellos momentos. El proyecto me atrajo profundamente y me afané con mucho trabajo y dedicación, con sus luces y sus sombras, para aglutinar las competencias de asistencia sanitaria dispersas hasta entonces en diferentes redes, como la de la Seguridad Social, los servicios médicos del Mutualismo Laboral o los procedentes del antiguo Ministerio de la Gobernación, incluidos en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social a partir de su creación en 1977.

En el caserón de Alcalá 36, con vuelta a Alfonso XI y sede del INSALUD, sobre los vetustos cimientos del Instituto Nacional de Previsión (INP),

con gran ilusión, perseverancia y esfuerzo fuimos acometiendo las tareas, nada fáciles. Fui ocupando diversos cargos directivos y de responsabilidad para ir construyendo ese embrión de reforma sanitaria que había que emprender, empezando por la unificación de las redes. Coincidí y trabajé con personas de reconocido prestigio como José Javier Viñes que fue Subsecretario del Ministerio de Sanidad y anteriormente Director General de Salud Pública y con posterioridad, senador por Navarra. Con los hermanos Manuel y Alejandro Domínguez Carmona, José Miguel Cuesta Inclán, con gran experiencia hospitalaria, que entre otros cargos fue director de la Residencia Sanitaria La Paz de Madrid; Álvarez Cuesta de los servicios médicos del Mutualismo Laboral, Nicolás Retana, José Luis Linaje, Leopoldo Arranz, por citar algunos destacados. En especial a todos mis compañeros del Cuerpo Superior de Técnicos de la Seguridad Social, por su colaboración y apoyo en esta enorme tarea, así como a los inspectores médicos y farmacéuticos que con su visión y experiencia, no hubiera sido posible el desarrollo del INSALUD y muy en particular y especial cariño a mi secretaria Pilar del Río Zubizarreta, que me acompañó en todos los cargos que he desempeñado en la Administración Pública, hasta su jubilación.

El INSALUD llegó a vertebrar como organismo público, que disponía de más de 240.000 personas en todo el territorio nacional y que movía más de 4 billones de las antiguas pesetas, de las cuales las prestaciones farmacéuticas alcanzaban más del 25% en una época de dificultades económicas y escasez de medios y de gestores en sanidad. Quiero destacar la labor de Javier Viñes en la puesta en marcha de los servicios de Medicina Preventiva. En este ámbito también trabajé con él y en los inicios de la Salud Laboral. Viñes había colaborado activamente en el Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio, sobre las Especialidades Médicas, en concreto sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Siguiendo a Gregorio Marañón: “Toda la vida seremos lo que seamos capaces de ser desde jóvenes”. Por sentido de responsabilidad en años posteriores me llevó a aceptar, el ser Consejero del Consejo General del INSALUD que desempeñé durante 18 años, hasta su extinción, tras las transferencias autonómicas, con independencia de mis responsabilidades que fui ocupando en diez ministerios como servidor público, con una vocación de servicio a los ciudadanos, que he mantenido a lo largo

de mi vida profesional, con plena disponibilidad. En aquellos años compartí mesa del Consejo general, con empresarios de la CEOE, CEPYME. Recuerdo a José Luis García Paniagua, Carlos Álvarez, Domingo Arochena o sindicalistas de UGT, CCOO y ELASTV, como Blas Aguera, José María Fidalgo y otros compañeros que fueron ocupando cargos en la Administración General del Estado.

7. La Sanidad en los años 1980

LA década de 1980 fueron años decisivos para la Historia de España y para el asentamiento de la democracia de nuestro país y, por ende, para la sanidad y la protección de la salud de la sociedad. En la primavera de 1980 comienzan las grandes desaveniencias en el gobierno y en el partido que sustentó la UCD. Las luchas internas entre los integrantes liberales, demócratacristianos, socialdemócratas y del sector afín al Presidente Suárez que cristalizaría en una auténtica crisis de poder.

La figura del Presidente del Gobierno Adolfo Suárez y de la UCD, comenzaban a ser cuestionadas a pesar de los servicios prestados en España. Artífice de la transición que tuvo una gran repercusión en la Europa democrática, colaborador de Torcuato Fernández Miranda, promotor de la reforma democrática, que abrió lo que el régimen del General Franco había dejado “atado y bien atado” y que nos llevó a la democracia. Recuerdo a R. Tagore: “Dormía y soñaba que la vida no era sino servicio. Serví y vi que el servicio era alegría”. En la línea de la oposición al presidente Suárez, dentro de UCD, estuvo al frente el liberal Joaquín Garrigues Walker que lideraba el sector crítico con el apoyo de un sector de los democristianos, un hombre que pudo ser y desgraciadamente no fue, ya que murió el 28 de julio de 1980 a los 47 años. Colaboré con él en los años constituyentes de la transición, miramos juntos en una misma dirección, convertir España en un estado moderno y democrático, coincidimos con Kiplin: “lo importante es luchar” y seguir adelante, como subraya Frost. Entre estos avatares políticos hay que destacar la labor desempeñada por el Prof. Segovia de Arana en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Secretario de Estado para la Sanidad, Catedrático de Patología Clínica

y Médica, fundador de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid en 1964, impulsor de la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Decano de la Facultad de Medicina entre 1971 y 1979. Uno de sus logros más importantes para la sanidad, fue la creación del sistema postgrado en medicina a través de la Formación Especializada de Médicos Internos Residentes (MIR) y el diseño de la Medicina de Familia, que entraría también en el sistema MIR.

A José M^a Segovia de Arana lo conocí cuando yo estaba en el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, hoy Hospital Central de Asturias, que era pionero en los albores del MIR. Desde entonces conservé una gran amistad con él, con un aprecio leal mutuo, que conservamos hasta su muerte a los 96 años, en enero de 2016. Siempre compartíamos ilusiones e inquietudes sobre la Formación en Ciencias de la Salud y de la Vida. Para mí fue uno de los padres de la medicina moderna del Siglo XX y del comienzo del XXI. Recuerdo cuando fundaba el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS) cuyo objetivo fue obtener recursos económicos de la industria farmacéutica, para lo cual creó la Comisión del descuento complementario, cuyos recursos eran destinados a promover la financiación de la investigación sanitaria. Fue un gran avance para el inicio de la incipiente investigación biomédica española de los años 1980. Segovia de Arana fue un gran reformador, pero la gran inestabilidad política del gobierno de UCD no hizo posible la reforma sanitaria necesaria y no se pudo llevar a cabo. Pedro Sabando que fue Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo en la Reforma Sanitaria a debate, escribía: “Han existido algunos intentos de coordinación presentados con rigurosidad, desde el proceso de reformas sanitarias, iniciados por los diferentes gobiernos desde 1975 hasta el intento de llevarlo a cabo por el profesor Segovia de Arana. En todas estas ocasiones, el éxito no cumplimentó el esfuerzo y con ello dieron al traste aspectos positivos de estos proyectos reformadores, planteando, al final, el problema de coordinar a los órganos fundamentales de estos procesos de reforma, fue el plantear la solución de los problemas organizativos del sistema sanitario por la vía de la coordinación”.

Tras el fallecimiento de Joaquín Garrigues, las luchas internas se acrecientan en UCD. Es nombrado Ministro de Sanidad, el político extreme-

ño Alberto Oliart, Abogado del Estado, que no consiguió grandes logros en la sede del Paseo del Prado. La situación política fue paulatinamente agravándose y el Presidente del Gobierno Adolfo Suárez, dimite el 27 de enero de 1981 para aliviar la tensión política existente en aquellos momentos. Pero la gobernanza de la incertidumbre continuaba para designar al sucesor al frente del gobierno, de acuerdo con los artículos 99 y siguientes, de la Constitución. El candidato propuesto por UCD para sustituir a Adolfo Suárez, fue Leopoldo Calvo Sotelo y Bustelo, figura también destacada de la transición democrática y que había sido Vicepresidente del Gobierno para asuntos económicos entre 1980 y 1981. Su investidura en las Cortes Generales requirió dos votaciones, al no tener en la primera la mayoría absoluta. Pero en la tarde del 23 de febrero de 1981, en pleno desarrollo de las votaciones, España vivía uno de los días más oscuros de nuestra historia, para la reciente democracia. El Teniente Coronel Antonio Tejero y otros militares secuestraron el Congreso de los Diputados a las 18.23 horas para dar un golpe de Estado conocido como el “23F”, que finalmente fue desestabilizado y se controlaba la situación para mayor gloria de la democracia. Durante el asalto, el Teniente General Gutiérrez Mellado, Vicepresidente del Gobierno tuvo una valiente y arriesgada actuación, frente al Teniente Coronel Tejero. Leopoldo Calvo Sotelo es investido Presidente el 25 de febrero, en la segunda sesión de investidura, llevándose a cabo la lectura de una declaración institucional a favor de la Constitución y de la Democracia. Calvo Sotelo, el 28 de febrero de 1981 nombra a Jesús Sancho Rof Ministro de Trabajo, de Sanidad y Seguridad Social, creándose un macroministerio que sólo duró desde febrero a diciembre del mismo año. El expresidente Suárez funda un nuevo partido: Centro Democrático y Social (CDS), asumiendo su liderazgo.

El presidente Calvo Sotelo firmó un gran acuerdo por el empleo, con los sindicatos y empresarios. Durante su mandato se produjo la adhesión de España a la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN), firmado el 10 de diciembre de 1981. La Sanidad, este año, se queda en un segundo plano, eclipsada en la órbita del Ministerio de Trabajo. Tuvo que ocurrir un lamentable y desgraciado “affaire”, el de la colza, conocido por el “síndrome del aceite tóxico”, que fue una intoxicación masiva por el consumo de aceite de colza desnaturalizado, con anilina al 20% y que afectó a más de 20.000 personas, de las cuales fallecieron

más de 1.000, según datos de medicina legal y forense. El primer caso se detectó en la primavera de 1981, el 1 de mayo, por el fallecimiento de un niño de 8 años en Torrejón de Ardoz, produciéndose la consiguiente alarma social, que puso en entredicho al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, que dirigía Sancho Rof, al tardarse en conocer las causas de los fallecimientos que se los producían. Fueron momentos de incertidumbre, angustias y desasosiegos para la sanidad española, puesto que no se supo realmente cual era el factor desencadenante de esta enfermedad rara, hasta el 10 de junio de 1981. En un principio se barajaban que las causas estaban en el consumo de tomates, pájaros etc, hasta que finalmente estaba en el consumo de aceite desnaturalizado, que en principio era para uso industrial y que con posterioridad fue comercializado fraudulentamente y vendido para consumo humano, durante 1981. En agosto de este mismo año, se crea la Secretaría de Estado de Consumo, dependiente de la Presidencia del Gobierno, con el objetivo de constituir un órgano de dirección unificado, de la actividad de los servicios de la Administración del Estado con competencias en el campo de los bienes de uso y consumo. El presidente Calvo Sotelo nombra a Luis Mardones Sevilla, Secretario de Estado de Consumo, diputado de Coalición Canaria. Comencé a tener contacto con él y nuestra relación se estrechó en la Real Academia de Doctores de España, (de la que hoy soy Académico) y él ocupaba la Presidencia de dicha institución y miembro también de la Sección de Veterinaria.

Desde el INSALUD viví muy de cerca los momentos de grave preocupación por la problemática, al ser uno de los mayores casos de envenenamiento masivo afectando especialmente al centro-noreste de nuestra geografía. Entre el equipo de expertos estaban el Dr. Muro y el Dr. Tabuena, Subdirector del Hospital Niño Jesús, que fue quien determinó, con su trabajo de investigación, que la causa de la enfermedad era alimentaria ya que los lactantes de leche materna no adquirían esta enfermedad que había provocado la intoxicación masiva, aunque se crearon numerosas dudas al respecto. Para paliar los efectos del “Síndrome Tóxico”, los afectados y familiares crearon sus propias asociaciones para paliar las consecuencias y repercusiones clínicas y sociales que se iban produciendo. Por parte de la Administración se creó el “Plan Nacional del Síndrome Tóxico PNST”, con su oficina central, para paliar las secuelas clínicas y de reinserción social y de la reescolarización especial de los

niños afectados. El letrado Antonio García de Pablos, uno de los representantes de los consumidores afectados jugó un papel muy importante en las demandas de los afectados por el envenenamiento masivo. Los fallecimientos crecían paulatinamente. Desde el INSALUD, los que vivimos de cerca el Síndrome Tóxico, sentíamos una honda preocupación por las situaciones dramáticas que se producían en las familias de los afectados, y ver que las medidas adoptadas en un principio, no dieron el resultado para frenar el envenenamiento masivo, y había que extremar la prudencia. El Subsecretario del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Luis Valenciano Clavel, jugó un papel importante en el “Síndrome Tóxico”, pero los resultados no respondían a los esfuerzos realizados. El Diputado del PSOE, Ciriaco de Vicente promovía duros ataques al gobierno, consiguiendo que el asunto de la colza fuera prioritario.

La incertidumbre y las inquietudes vividas en la sociedad lleva a Calvo Sotelo a remodelar el gobierno y crea de nuevo el Ministerio de Sanidad, añadiéndole Consumo que sería la primera vez en España que el “consumo” adquiriría un protagonismo prioritario. Todo ello debido al Síndrome Tóxico por el aceite de colza desnaturalizado. El 2 de diciembre Calvo Sotelo nombra Ministro de Sanidad y Consumo al Diputado por León, Manuel Núñez Pérez, que asumió las directrices y responsabilidades políticas de la colza. Continuaba como Subsecretario Luis Valenciano. La nueva cartera ministerial de Sanidad y Consumo aparecía, a raíz del Real decreto 2893/1981 de 21 de noviembre.

El año 1982 tampoco fue para Calvo Sotelo un año de tranquilidad, los problemas económicos y los derivados del empleo, así como la descomposición del partido gobernante, la UCD, con la escisión de miembros de dicho partido fueron notorios. La situación era insostenible, tras el verano de 1982, se disolvían las Cortes y se convocaban elecciones generales para el 28 de octubre. Durante este tiempo la sanidad quedó ralentizada, por los avatares preelectorales y por la consecuencia prioritaria del “Síndrome Tóxico” y de su gestión.

En los comicios del 28 de octubre de 1982 el pueblo español otorga al Partido Socialista Obrero Español (PSOE), con una participación del 79,97% y con 10.127.392 votos, 202 escaños en el Congreso de los Diputados, la mayoría absoluta de los 350 diputados que integran en la Cáma-

ra Alta. La amplísima mayoría absoluta a nivel nacional, la convierte en un precedente histórico en la democracia, que no se había producido hasta aquel momento. En el Senado obtenía 134 escaños. Alianza Popular y el Partido Demócrata Popular, que acudieron a la cita electoral en coalición, obtuvieron 107 diputados con 5.548.108 votos. Tanto UCD como PCE tuvieron un debacle electoral, con 11 y 4 escaños respectivamente, UCD perdía 155 y PCE 19.

Felipe González se convertía en el tercer Presidente del Gobierno y el mandatario más joven de la Europa Democrática, inaugurándose la II legislatura de la democracia. La sociedad española sentía en aquellos momentos, miedo, por el golpismo, el terrorismo y el desempleo. Felipe González juró el cargo de Presidente del Gobierno ante el Rey Juan Carlos I el 1 de diciembre y el 3 de diciembre tomaban posesión todos los Ministros del Gobierno. El presidente Felipe González indicaba, en aquellos momentos, que gobernaría con moderación. Nombró Vicepresidente del Gobierno a Alfonso Guerra y Ministro de Sanidad y Consumo a Ernest Lluch. Yo había conocido a Felipe González durante mis estudios en la Facultad de Derecho de Sevilla y a Alfonso Guerra en mis contactos con la Facultad de Filosofía y letras, ambas situadas en el mismo edificio de la Antigua Fábrica de Tabacos, y en la Compañía de Teatro: Teatro Español Universitario (TEU). En Diciembre de 1982 contactaron conmigo para mi incorporación, como Asesor, al Gabinete de la Presidencia del Gobierno, tras largas conversaciones. En aquella época yo ya me había doctorado, el 14 de mayo de 1981, con mi tesis doctoral “La Protección Pública de la Vivienda” y quería hacer un proyecto concreto sobre la problemática del derecho a la vivienda en España que, por avatares políticos, no pudo realizarse. También había leído mi tesina de licenciatura en Ciencias de la Información en Madrid sobre “La Protección de los Consumidores y el artículo 51 de la Constitución”. Sin embargo mi trayectoria profesional sobre sanidad y seguridad social hicieron que el Director del Gabinete de Presidencia del Gobierno, Roberto Dorado, se fijara en ello y me propone llevar a cabo la macro-área de Sanidad, Seguridad Social y Consumo, ya que la consideraba prioritaria sobre el tema de la vivienda, por lo que finalmente acepté. Con 33 años, me convertía en Asesor del Gabinete del Presidente del Gobierno, uno de los más jóvenes. Comencé en diciembre a concluir mis actividades en BANCASA y en la Universidad donde había comenzado

mi carrera universitaria y fui encauzando tareas en el INSALUD con el proyecto de la creación de los Centros de Salud, que tendría que afrontar después desde Moncloa. El día 19 de enero de 1983 se publicaba mi nombramiento en el Boletín Oficial del Estado (BOE), como asesor del Departamento Sociolaboral de la Presidencia del Gobierno, tomado posesión este mismo día en el Palacio de la Moncloa. Mi despacho estaba situado en el edificio “semillas”, donde se ubicaba el Presidente del Gobierno Felipe González y El Vicepresidente Alfonso Guerra y sus asesores. Asumí mis competencias con absoluta profesionalidad e independencia, era consciente de las altas responsabilidades que se me encomendaban en asuntos tan delicados y sensibles para los ciudadanos como la protección de los consumidores y la sanidad, donde había centenares de asuntos pendientes para afrontar. Decidí personalmente, desde el primer día, afrontar mis tareas, con prudencia y moderación, pero con la voluntad firme de emprender la modernización que España necesitaba, en aquellos años, en la línea de los países más avanzados de Europa. Me llevé del INSALUD a mi secretaria Pilar del Río, que me había acompañado desde que volví de Oviedo, al Ministerio de Trabajo. Continué mi estrecha relación con el INSALUD, con su nuevo Director General Francesc Raventós, buen conocedor de la gestión empresarial, tanto en los aspectos económicos y de recursos humanos, que la entidad venía demandando. Mis contactos directos eran con el Ministro Ernest Lluch, el Subsecretario Pedro Sabando o el Subsecretario para Consumo, Miguel Marañón, entre otros del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como con otras autoridades de los diferentes departamentos Ministeriales. Comenzamos a trabajar en las líneas básicas de la Reforma de la Atención Primaria y en las Zonas Básicas de Salud, para potenciar la Medicina de Familia y tratar de paliar los efectos del centralismo hospitalario, que convertían a los hospitales en centros neurálgicos de la atención sanitaria. Culminada la unificación de las redes sanitarias existentes, desde la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977, había que ir diseñando el marco territorial y definir las zonas básicas de salud, para concebir la concepción integral de la salud que se cristalizaría en el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud BOE 1 de febrero de 1984, que pondría también en marcha, los Equipos de Atención Primaria y que consagraría posteriormente la Ley General de Sanidad de 1986 en su capítulo tercero sobre las “Áreas de Salud”.

8. La Protección de los Consumidores y Usuarios. Los Derechos del Artículo 51 de la Constitución

EXISTÍA la necesidad de buscar nuevos planteamientos liberalizadores de la política consumerista, mirando profundamente a los países más avanzados de Europa, donde la sensibilización por estos asuntos de la protección de la salud de los consumidores había sido notoria y destacada en los últimos años, como había sucedido en Alemania, Italia, Bélgica o Reino Unido, por citar algunos. En Estados Unidos donde el movimiento consumerista había tenido un amplio eco, el 15 de marzo de 1962, el Presidente John F. Kennedy pronunció un discurso ante el Congreso Norteamericano, señalando: “Consumidores somos todos”, instaurándose el día 15 de marzo como el Día Mundial de los Derechos de los Consumidores. Kennedy destacó que el consumidor tiene unos derechos básicos: derecho a la seguridad, derecho a la salud, derecho a ser informado, a elegir, a ser atendido. Evidentemente han sido los países más desarrollados los que antes se han preocupado de tutelar estos derechos de los consumidores, ya que no existía duda que éstos serían los protagonistas del futuro que nos tocaría vivir.

Viendo la amplia documentación española y del derecho comparado, sobre la defensa de los consumidores, ya que en otoño de 1981 yo leía mi Tesina de Licenciatura en la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad de Madrid, y viendo clara la política de la defensa de los consumidores que había que realizar, mantuve amplias conversaciones y diálogo constante con Miguel Marañón, Secretario General para el Consumo, máximo responsable de esta área ministerial y coincidía que era amigo de mi hermano Diego y hemos mantenido una larga amistad. A Miguel Marañón el Ministro Ernest Lluch le había encargado la elaboración del anteproyecto de ley de la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y también se encargaría del desarrollo del Código Alimentario Español, que vio sus primeros frutos con la promulgación de las Reglamentaciones Técnico Sanitarias de productos de consumo masivo, donde la coordinación administrativa ha sido un punto a destacar, en virtud de la labor desarrollada por la Comisión Interterritorial de Ordenación Alimentaria (CIOA). Dichas Reglamentaciones Técnico-Sanitarias fueron inspiradas en las directrices de la Unión Europea, dada la próxima

incorporación de España, que también se hicieron extensivas hacia otros productos, como los cosméticos, los textiles, los juguetes, sustancias químicas, productos manufacturados etc. Todo ello en orden al control de calidad e información para el consumidor. Por otro lado, el Instituto Nacional de Consumo, Organismo Autónomo desde 1977 y creado por Decreto 2950/1975 de 7 de noviembre, se adscribe al Ministerio de Sanidad y Consumo en 1981. En 2014 se produce su fusión con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, creándose la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Con su presidente en 1983, José Méndez Pino, colaboré muy estrechamente en las nuevas vertientes de fomentar el movimiento de defensa de los consumidores, a través del fomento de Asociaciones de Consumidores y el diseño y creación de las Oficinas Municipales de Información al Consumidor (OMIC), en el ámbito de la Administración Local.

El Ministerio de Sanidad y Consumo había llevado a cabo un proceso de transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas en materia de disciplina de mercado y defensa del consumidor. Marcamos como objetivo, acercar la protección de los consumidores a los ciudadanos a través de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales y así fortalecer el movimiento consumerista. Mi objetivo primordial era el desarrollo del artículo 51, capítulo tercero de la Constitución Española, sobre la Defensa de los consumidores y usuarios. En definitiva estábamos ante un mandato constitucional, que para mí presentaba una notoria originalidad dentro de la Constituciones propias de otros países europeos. Había publicado en 1982, en el libro homenaje al Profesor García Trevijano: “La protección de los consumidores en Europa”. Quiero también señalar que en el contexto europeo de la OCDE, tenía ya un comité específico dedicado a la política de protección a los consumidores y en esta línea y para una mejor comprensión de la política de consumo que elaboramos, el artículo 51 establecía:

1. Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.
2. Los poderes públicos promoverán la información, educación de los consumidores y usuarios, fomentarán sus organizaciones y oirán a estas en las cuestiones que puedan afectar a aquellas en los términos que la ley establezca.

3. En el marco de lo dispuesto por los apartados anteriores, la ley regulará el comercio interior y el régimen de autorización de productos comerciales.

La defensa de los consumidores se había convertido en uno de los asuntos de mayor trascendencia socioeconómica. Se caminaba hacia un nuevo modelo de consumo basado en el predominio de los intereses de los consumidores sobre los productores. Se perseguía buscar un verdadero equilibrio que realmente protegiera a las clases de rentas más bajas, que ven condicionada la adquisición de un producto o la contratación de un servicio por sus niveles de ingresos. El proceso de elaboración de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios llevó desde un principio a la concepción de una ley no tanto de defensa sino para la defensa del consumidor y usuario, según resaltaba el entonces ministro Ernest Lluch. Se realizaron varios borradores que fueron consultados en todas sus dimensiones en cada una de las Comunidades Autónomas, Asociaciones de Consumidores y a todos los sectores afectados, tanto industriales como comerciales, antes de que se aprobase el anteproyecto de ley en el Consejo de Ministros. Durante la tramitación parlamentaria en el Congreso y en el Senado se incorporaron cerca de 2 centenares de enmiendas. Al final se consiguió su aprobación con un amplio consenso y una gran acogida por parte de la ciudadanía.

El Ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch exponía en la primera de sus comparecencias en las Comisiones del Congreso y del Senado que el eje principal de la política socialista en el ámbito del consumo, radicaba en la elaboración y promulgación de una ley que recogiese los derechos de los consumidores y señalase las bases de la ordenación jurídica en el ámbito de la protección y defensa de los consumidores y usuarios españoles. "Este objetivo se ha cumplido" añadía después Ernest Lluch hoy por primera vez en nuestra historia, el ordenamiento jurídico español cuenta con una ley que desarrolla el mandato constitucional. Solamente existían precedentes en el derecho comparado en Alemania, Normativa sobre de protección del consumidor de 24 de enero de 1928; Bélgica, Ley de Prácticas de Comercio de 14 de julio de 1973; Inglaterra Fair Trading Acty de 25 de julio de 1973 o Francia con la Ley de ordenación de Consumo y Artesanado de 27 de septiembre de 1973, conocida como la Ley Royer. Hay que señalar que la redacción del artículo 51 de nuestra Constitución se inspiró en una resolución del Consejo de Euro-

pa de 14 de abril de 1975, referida a unas directrices de la Comunidad, sobre la información y protección de los consumidores.

En 1983 publiqué un libro sobre “Planteamientos Básicos sobre la Defensa del Consumidor” con el objetivo de formación y divulgación de las directrices que tenían que llevarse a cabo para la defensa de los consumidores y usuarios, que fue editado por el Instituto Nacional del Consumo, y prologado por su presidente José Méndez Espino que destacaba que el tema del consumo, como otros referentes al bienestar colectivo, carecemos todavía de los contenidos doctrinales y del instrumental técnico necesario para el trabajo cotidiano de las personas en ellos ocupados, propósito que llevó al Instituto Nacional del Consumo a publicar este libro. Y decía: “Su autor buen conocedor de los problemas de consumo, tanto por su especialización profesional como por su experiencia en la Administración Pública, ha elaborado un texto en el que se conjugan la precisión técnica de la orientación pedagógica, logrando mantener el difícil equilibrio entre ambos extremos”. Tuve que reconocer humildemente que el libro aludido fue una gran aportación al mundo consumerista, con el consiguiente gran éxito y agotada la primera edición, para abrir camino a la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios de 19 de julio de 1984, y sentar cimientos en la materia, para nuestro ingreso en la Comunidad Económica Europea, que tendría lugar posteriormente con la firma del Tratado de Adhesión el 12 de junio de 1985. La Ley 26/1984 de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y usuarios fue una gran obra del político Ernest Lluch y su equipo; amante de las libertades consiguió con esta ley, vertebrar los derechos de los consumidores y usuarios en la línea más avanzada y progresista del ámbito comunitario europeo. Esta Ley comprendía 10 capítulos, 41 artículos, 4 disposiciones finales y 1 disposición derogatoria. Dicha ley ha tenido modificaciones posteriores en diferentes normativas para adaptarlas a las realidades que los ciudadanos venían demandando. Con la entrada en vigor de la nueva Ley de Consumidores, como después se le iba conociendo, en la que tuve una participación muy activa y la primera en consagrar los derechos de los consumidores y usuarios de una forma efectiva, a saber, éstos gozan de un cuadro legislativo adecuado con una cobertura de protección jurídica propia. Méndez Espino, Presidente del Instituto Nacional de Consumo (INC), tras una intensa labor, deja el INC al ser llamado por el Presidente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Carlos Collado,

para ser nombrado Consejero de la Presidencia, con posterioridad sería Consejero de Hacienda y Alcalde de Murcia desde 1987 hasta 1995. Le sustituye en la Presidencia del INC, César Braña Pino, con el que pronto establecería contactos permanentes, que dieron los exitosos resultados para la política de consumo emprendida por el Ministro Lluch, que iba dando sus frutos, como fue en la activación de la sensibilidad asociativa en los ciudadanos, alcanzándose en 1984:145 Asociaciones, mientras que en 1982 solamente había 79. El número de afiliados en este año era de 295.497 pasando a 552.516 en 1984. En paralelo dentro de las posibilidades presupuestarias se había pasado de 98.896.000 de las antiguas pesetas a 150.000.000 en 1984.

La asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas hacía necesario establecer cauces de apoyo y colaboración mutua entre las Comunidades Autónomas y la Administración Central del Estado y establecer una coordinación efectiva cada Administración en el ámbito de sus respectivas competencias. Se llegó al acuerdo de celebrar una reunión conjunta mensual en el Instituto Nacional de Consumo. Estas reuniones empezaron a denominarse “Jornadas de Estudios” y asistí a la mayoría de ellas y dieron unos resultados espectaculares, como ejemplo de coordinación autonómica y avances en la política nacional de consumo, estableciéndose progresivamente una confianza mutua. Respecto a las Corporaciones Locales desde la Administración Central, se decidió estimular y apoyar a los Ayuntamientos en materia de protección y defensa de los consumidores, lo que propició una información adecuada para la utilización de sus derechos por parte de los consumidores y usuarios a través de las Oficinas Municipales de Información al Consumidor (OMIC). Por aquel momento, César Braña con el que había mantenido una estrecha relación, me propone realizar una segunda edición de mi libro “Planteamientos Básicos sobre la Defensa de los Consumidores y Usuarios” adaptándolo a la nueva Ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios de 19 de julio de 1984, cuestión que llevé a cabo en mis fines de semana y se publicó en 1986. Me propuso también, que tenía que dar algunas conferencias en las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, aprovechando encuentros significativos. Lo pensé y recorrí a lo largo y lo ancho la geografía española, pronunciando conferencias sobre consumo, en actos de interés y repercusión en las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, transmitiendo lo que había vivido en primera persona.

9. La Salud y el Consumo, ante la incorporación de España a la Unión Europea

LA Comunidad Económica Europea sienta sus bases fundacionales en el Tratado de Roma, que entró en vigor en enero de 1958 inspirado en el principio tradicional de la libre competencia derivados de los programas económicos de los países firmantes en aquel momento del Tratado y que tenían muy en cuenta el “Welfare Estate”, el Estado del Bienestar. Había que tener en cuenta el proceso de la adaptación de nuestro ordenamiento jurídico, a las experiencias supranacionales dentro del ámbito comunitario, la Ley General para la Defensa de los Consumidores de 1984, ya tuvo en cuenta la inminente incorporación de España en el seno de la CEE, fueron incluidos en esta ley. En esta línea de protección de los consumidores había que señalar la sentencia 71/1982 de 30 de septiembre del Tribunal Constitucional, destacando el carácter pluridisciplinar del conjunto normativo en lo referente a la defensa de los consumidores.

Mi vocación europeísta, de corazón, me llevó a participar en el proceso de adhesión a la CEE en las áreas que me afectaban: la salud y el consumo. Fueron momentos de ilusión, de mucho trabajo, pero con la meta esperanzadora que íbamos a conseguir algo importante para España. En aquellos momentos mantuve contactos con Manuel Marín, Secretario de Estado de España para las Relaciones con las Comunidades Europeas y Diputado. Después sería Vicepresidente de la Comisión Europea y Presidente de dicha Comisión, así como presidente del Congreso de los Diputados desde 2004 a 2008, hombre muy afable, con gran talante conciliador, de voluntad de diálogo y negociador. Mantuve nuevos contactos con él como presidente de la Fundación Iberdrola, hasta su fallecimiento el 4 de diciembre de 2017. Se le consideraba el padre del Programa “Erasmus”, que por mis inquietudes formativas y académicas le presté gran atención. La participación de Manuel Marín fue decisiva en la fase final de las negociaciones de España con las Comunidades Europeas. En esta etapa también fue decisivo el apoyo de Francia, siendo presidente François Mitterrand y la colaboración de Jacques Delors, presidente de la Comisión Europea de 1985-1995 revitalizó el proceso de integración europea, impulsando la existencia de un Mercado Único de Europa.

En 1989 supervisó el llamado Informe Delors, que proporcionaba un plan detallado para la Unión Monetaria Europea, que fue aprobado por el Tratado de Maastrich, entrando en vigor el 1 de noviembre de 1993, firmado por los 12 miembros y supuso un hito importante en la creación de la Unión Europea (U.E). El objetivo básico de la Comunidad Económica Europea, según lo establecido en el preámbulo del Tratado fundacional, que fue un gran avance para España, señalaba: “El establecimiento de los fundamentos de una unión permanente más estrecha entre los pueblos de Europa, asegurando una acción común, el progreso económico y social de sus países a través de eliminaciones de sus barreras que dividen Europa, teniendo como objetivo esencial de sus esfuerzos, el mejoramiento constantes de las condiciones de vida, de empleo y de sus pueblos”. En 1985 José Artigas, Secretario General Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo, que había sido Director del Gabinete del Ministro Ernest Lluch, subrayaba que “a partir de 1986 existirá el derecho como ciudadano de la CEE y ello llevaría implícita la libertad de establecimiento y ejercicio así como el equiparamiento de títulos y diplomas de los 12 países”. En estos días se habla de una Europa de todos los profesionales sanitarios, los primeros en decidir la libertad de ejercicio y establecimiento. Nuestros médicos, farmacéuticos, veterinarios y enfermeros podrán ejercer en cualquier país de la Comunidad, en igualdad de condiciones, lo que demuestra la universalidad de la función que todos ellos ejercen, al conseguir esta libertad.

En este sentido, también Mateu Isturiz, Abogado del Estado que recoge en su libro *Las Profesiones Sanitarias y su Experiencia en las Comunidades Europeas*, pionero en estas artes comunitarias indicaba: “la libre circulación de personas comprende la movilidad de las actividades asalariadas y no asalariadas y comporta esencialmente el derecho de que todas las personas físicas y jurídicas nacionales de un estado miembro, pueden establecerse, trabajar y ofrecer sus servicios en otro Estado Miembro en condiciones análogas a aquellas aplicables a las nacionales de este otro Estado. El principio de no discriminación por razón de la nacionalidad es el eje en torno al cual gira la citada libertad y supone la asimilación del extranjero al nacional”. El artículo 2 y 3 eran básicos para entender la importancia de la adhesión de España en la Comunidad Europea y el desarrollo que había que acometer en años posteriores, como era la intención del Presidente del Gobierno Felipe González, también un gran

européista influido por la socialdemocracia europea. El artículo segundo del aludido Tratado contemplaba los objetivos definitorios: Circulación de un mercado común, caracterizado por la existencia en su seno de una serie de libertades y la aproximación progresiva de los políticos de los Estados Miembros. El artículo tercero del Tratado de Roma más específico, al señalar la eliminación entre los Estados Miembros, de las restricciones de las entradas y salidas de las mercancías, así como la abolición de los obstáculos a la libre circulación de personas, servicios y capitales. La Salud Pública ocupó gran atención en nuestro proceso de adhesión al Tratado, así como los temas concomitantes sobre la salud, la seguridad y los legítimos derechos de los consumidores, contemplando en el art.51 nuestra Constitución de 1978 un amplio panorama de protección dentro de la estructura socioeconómica, fomentando el diálogo constructivo entre las comunidades autónomas y el poder público. El Comité Consultivo de los consumidores de la CEE, creado por decisión de 25 de septiembre de 1973 (BOE, nº L 283 de 10 de octubre de 1973), se tuvo en cuenta. Era necesaria una normalización técnica de todo nuestro elenco legislativo a la existente en el ámbito de la CEE, porque de esta normalización nacería una evidente política de protección de los consumidores y usuarios, que traería como consecuencia una mayor agilización en el proceso de incorporación de España en el ámbito comunitario, ejemplo de ello fue la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios de 1984 y la adecuación de las Reglamentaciones Técnico Sanitarias. El comité de Altos Funcionarios de la Salud Pública de la CEE, también tuvo su participación en cuanto a los profesionales sanitarios.

En los primeros meses de 1985 el Ministerio de Sanidad y Consumo y todo el equipo del Ministro Ernest Lluch estuvo preocupado pero muy ilusionado, con gran responsabilidad, por los últimos trámites para la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea, puesto que suponía un antes y un después para la salud y el consumo de los españoles. Estas inquietudes las viví muy de cerca y las valoré positivamente y es justo reconocerlo para todos los ciudadanos, por la época de bienestar que vendría posteriormente. La firma del Tratado de Adhesión de España a las Comunidades Europeas tuvo lugar, con la presencia de S.M el Rey Juan Carlos I, en el Salón de las Columnas del Palacio Real de Madrid, el 12 de junio de 1985. Firmando el Tratado el Presidente Felipe González Márquez en presencia del Ministro de Asuntos Exterio-

res Fernando Morán y de Manuel Marín, Secretario de Estado para las Relaciones con las Comunidades Europeas. Fue una ceremonia histórica, a la que tuve el honor de asistir. Todavía guardo con cariño el poster conmemorativo de la efeméride inolvidable y firmado por M.H.Mompó (1985). Manuel Hernández Mompó un pintor destacado dentro del arte abstracto español, con lenguaje propio, con la luz del Mediterráneo, que caracteriza sus lienzos. El Ministerio de Cultura de España le concede a título póstumo, la Medalla de Oro al mérito en las Bellas Artes. El Tratado de Adhesión entraba en vigor el 1 de enero de 1986. La incorporación de España tuvo lugar al mismo tiempo que Portugal.

10. La configuración de nuestro Sistema Nacional de Salud. La Ley General de Sanidad de 1986

EN mi trayectoria profesional en el sector sanitario, más de 40 años. He vivido en primera persona hitos importantes y básicos que han ido configurando nuestro Sistema Nacional de Salud, que hoy disfrutamos. Ha sido una gran suerte para mí, vivirlos. Y estos hechos concatenados muchas veces, sin conexión política, pero sí concebidos bajo la concepción democrática de la vida y con pasos elementales en el ámbito de las Ciencias de la Salud y de la Vida, teniendo como protagonistas a los ciudadanos, como sujetos activos del “Derecho a la Salud”. A mi entender estos hitos serían la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, la aprobación de la Constitución de 1978 y el encaje de la Protección de la Salud y la Defensa de los Consumidores y Usuarios, en el capítulo III de “Los principios rectores de la política social y económica”, en concreto en los artículos 43 y 51. El Real Decreto Ley de 16 de noviembre de 1978 sobre avances en la gestión Institucional de la Salud y la Seguridad Social. La puesta en marcha del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en 1979. La Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios de 1984, en lo que respecta a la salud, hasta llegar a la ley configuradora del Sistema Nacional de Salud español. La Ley General de Sanidad de 1986, a la que nos referiremos con detenimiento a continuación.

El proceso de elaboración de la Ley General de Sanidad fue muy laborioso, arduo y complejo, puesto que había que definir qué modelo que-

ríamos para nuestra sociedad y cómo se iba a configurar el sistema sanitario de nuestro país. En todo el desarrollo que llevó bastante tiempo y dedicación, participé activamente, con mucho entusiasmo en calidad de Asesor de la Presidencia del Gobierno y responsable de los asuntos sanitarios. Era consciente de la responsabilidad que tenía delante de mí y el objetivo que teníamos que conseguir de una ley marco que establecería los cimientos básicos para nuestro futuro Sistema Nacional de Salud, es decir una ley abierta y para todos los ciudadanos. Se empezaron a barajar muchos modelos sanitarios existentes en diferentes países: el National Health Service de Reino Unido, el cubano, el canadiense, entre otros. En las reuniones que se realizaban para la elaboración de la citada ley, también participó activamente Pedro Sabando, Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo hasta 1985, reumatólogo, Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y que fue Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid desde 1987 a 1995. Fueron años de relaciones cordiales, avanzando en cómo debería ser el modelo sanitario que había que plasmar en un texto legal. Nos unía la condición de asturiano de pro, de Gijón y mi cariño a esta zona geográfica, que como he citado anteriormente conocí por mi estancia profesional en la en la Ciudad Sanitaria Virgen de Covadonga de Asturias. Cuando se cumplieron en 2016, los 30 años de la promulgación de la Ley General de Sanidad, en mi calidad de Académico Secretario de la Fundación de la Real Academia Nacional de Farmacia (RANF), le invité a participar como ponente en un acto conmemorativo de la efeméride, donde también participaron: Julio Sánchez Fierro, que fue Subsecretario de Sanidad, que también había intervenido en el proceso de elaboración de la Ley, así como Félix Lobo, que fue Director General de Farmacia desde 1982 a 1988, Catedrático de Economía y del Seminario de Estudios Sociales de la Salud y de los Medicamentos, que colaboró en la elaboración del Título V de la Ley, sobre “Los productos farmacéuticos” artículos 95 a 103 del texto legal y también miembro de la Comisión Rectora de la Ley del Medicamento de 1990. Colaboré también con otros componentes del equipo del Ministro Lluç, como Josep Artigas, Mansilla y otros compañeros de la época de mis responsabilidades en el INSALUD. Pero mi participación tenía que ser aportando valores que pudieran durar, que los ciudadanos asumieran como suyos, por lo que se debía tener en cuenta la idiosincrasia de la sociedad española democrática, que estaba viviendo día a día.

En esta trayectoria de trabajo sentí la marcha del Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1985, Pedro Sabando. En su lugar el Ministro buscó a una persona que había sido senador por Soria, médico traumatólogo que había tenido en el Hospital Universitario La Paz, como maestro a mi amigo Luis Munuera, catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y Jefe de Servicio de Traumatología y Ortopedia de La Paz. Así pues Ernest Lluch nombró a Carlos Hernández Gil nuevo Subsecretario de Ministerio, que ejercería su cargo hasta 1989. Carlos Hernández Gil se incorporaba a los trabajos de elaboración de la Ley General de Sanidad, que ya tenía sus primeros borradores y se iba avanzando adecuadamente. Se realizaron 14 borradores y se fue buscando el mayor consenso posible, incorporando aportaciones y teniendo en cuenta muchas aportaciones y asesoramientos. Por mi parte insistía en dos planteamientos básicos: por un lado elaborar un texto legal de larga duración en el tiempo, gobernara el partido que gobernara, haciendo hincapié en que la salud es un bien fundamental para la persona, por lo que no podía ser un arma arrojadiza políticamente. Por otro lado, garantizar el derecho a la salud por parte de los poderes públicos, como establece el artículo 43 de nuestra Constitución, a la vez que se desarrollaba y coordinaba con otros preceptos constitucionales del ordenamiento jurídico español, como las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Comunidad Europea (CE), a la cual nos habíamos incorporado recientemente. Una vez elaborado y consensuado en el sector el último borrador, se llevó a la Comisión de Subsecretarios para una vez debatido por todos los Ministerios, se elevara al Consejo de Ministros para su aprobación y envió al Congreso de los Diputados, para la iniciación de los trámites parlamentarios. Los debates en el Congreso y Senado fueron amplios en las Comisiones de Sanidad y se fue buscando el máximo consenso de todos los grupos parlamentarios para conseguir que la ley que diseñaba el futuro Sistema Nacional de Salud tuviera una base parlamentaria de salida, como así ocurrió. La Ley 14/1986 de 25 de abril Ley General de Sanidad publicada en el BOE de 29 de abril de 1986, ya aprobada, venía a dar cobertura legal, como señala su exposición de motivos, al Sistema Nacional de Salud: “Al establecerlo se han tenido bien presentes, todas las experiencias organizativas comparadas, que han adoptado el mismo modelo separándose en ellas para establecer las necesarias consecuencias derivadas de las peculiaridades de nuestra tradición administrativa y de nuestra organización política. El Sistema Nacional de

Salud se concibe, así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, como convenientemente coordinados”.

La Ley General de Sanidad tiene el rango de normativa básica, al amparo del artículo 149.1.16 de la Constitución, que establece que: “El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: Sanidad Exterior, Bases y Coordinación General de Sanidad, Legislación sobre productos Farmacéuticos”. También en la exposición de motivos apartado III se recogía: “La integración efectiva de los servicios sanitarios es básica, no sólo porque sea un principio de reforma en cuya aplicación entra en juego la efectividad del derecho a la salud que la Constitución reconoce a los ciudadanos sino también es porque es deseable asegurar una igualación de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones”. He traído a colación estos planteamientos, puesto que después de 33 años de vigencia de la Ley General de Sanidad, los problemas con las Comunidades Autónomas subyacen y a pesar de los esfuerzos realizados se necesita acometer nuevas líneas de mejora. La Ley General de Sanidad quedaba estructurada con una composición de 113 artículos y 10 Disposiciones Adicionales, 4 Disposiciones transitorias 2 Disposiciones Derogatorias y 15 Disposiciones Finales. Hay que señalar que el alcance de esta ley, como se puede comprobar, era una ley muy exhaustiva, abarcando todos los puntos posibles de regulación, teniendo en cuenta el objetivo principal que era la voluntad de ser una normativa básica que debería durar muchos años, hasta la total vertebración del Sistema Nacional de Salud. Respecto a mi aportación personal a la Ley General de Sanidad creo que mi objetivo, con toda humildad y realismo, se superaron con creces y el tiempo me lo ha demostrado, de lo cual estoy muy satisfecho y lo he venido compartiendo con las personas con las que he tenido el gusto de trabajar en el sector sanitario, día a día el Sistema Nacional de Salud, que hoy disfrutamos.

El Profesor Santiago Muñoz Machado en su magnífico prólogo al libro de Pedro P. Mansilla: “Coordinación General Sanitaria”, indicaba “la decisión sobre la integración de las redes sanitarias, que la Ley General de Sanidad hizo definitivamente efectiva, venía exigida de antiguo, por la lógica y la razón, y en tiempos inmediatos era la consecuencia de una opo-

sición constitucional sobre redistribución territorial del poder”. Coincidiendo en su planteamiento, puesto que la ley General de Sanidad, supuso un antes y un después no sólo para la regulación de la sanidad estatal y autonómica, sino también para la tutela del derecho a la salud, por parte de los poderes públicos. El título preliminar de la Ley General de Sanidad contemplaba en su capítulo único de “Derecho a la Protección de la Salud”, recogiendo en su artículo primero apartado 1. La presente Ley tiene como objetivo, la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución, que reafirma lo que he señalado anteriormente y consolida plenamente el derecho a la salud de todos los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva, como así lo establece el artículo tercero apartado 2, de este cuerpo legal. “La asistencia sanitaria se extenderá a toda la población española” que a su vez ya recogía el artículo primero en su párrafo segundo al señalar categóricamente: “son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”.

A mi entender el legislador deja claro los dos ámbitos del derecho a la salud, por un lado el de la protección y por el otro lado, el de la atención sanitaria. En el área de la protección de la salud está clara la labor de la Medicina Preventiva que en España dio sus primeros pasos en mi época del INSALUD y que todavía hoy queda mucho por recorrer, siendo un factor decisivo para el fomento y desarrollo de la salud de las personas y con una gran repercusión económica y social ya que ahorra numerosos gastos asistenciales. En la Ley se tuvieron en cuenta los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Siempre he sido de la teoría que en la prevención de las diferentes patologías, así como la promoción integral de la salud son una de las inversiones más rentables y se demuestra con los resultados de las encuestas que se realizan al respecto. Los Equipos de Atención Primaria trabajan conjuntamente para que el ciudadano tenga más información sobre las enfermedades y sea más responsable de su propia salud. Desde el otro ángulo, la atención sanitaria contempla la doble vertiente de la Atención Primaria y la Atención Especializada. Estableciendo el artículo 15 del cuerpo legal: “Una vez superadas las responsabilidades de diagnóstico y tratamiento de la Atención Primaria los usuarios del Sistema Nacional de Salud, tienen el derecho en el marco

de su Área de Salud a ser atendidos en los Servicios especializados hospitalarios”. Todo lo anterior lleva el principio de universalización de la asistencia sanitaria, principio consagrado y uno de los objetivos básicos de la Ley General de Sanidad, así como el principio de equidad que, su cumplimiento, sigue siendo un problema en la Sanidad Autonómica con repercusiones importantes en los ciudadanos, que demandan una asistencia sanitaria igualitaria en todo el territorio nacional. La universalización supuso una cobertura del 90% de la población, era un sistema que no llevaba a cabo ninguna discriminación, por razones de la edad, ya se veía venir el problema del envejecimiento en España, ni por patologías, sea la que sea, ni por los niveles de renta de los ciudadanos.

Nos referiremos ahora a la configuración de nuestro Sistema Nacional de Salud, recogido en el artículo 44 de la Ley General de Sanidad. “Es el conjunto de los servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente ley”. Esto lleva al planteamiento de poner en marcha un Sistema de Salud claramente descentralizador. El modelo descentralizado que España definía para su sanidad iba a tener 17 Servicios Regionales de Salud, correspondientes a las Comunidades Autónomas, además del de las dos ciudades autónomas: Ceuta y Melilla, agrupadas estas bajo el paraguas del INGESA. Así pues, el Sistema Nacional de Salud estaría integrado, según el artículo 4 del texto legal, por todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente ley son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Ahora voy a señalar las características definitorias de nuestro Sistema Nacional de Salud que se recogen en el artículo 46 de la Ley General de Sanidad, que son las características fundamentales del Sistema Sanitario:

- Extensión de sus servicios a toda la población.
- Organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, tanto en su promoción y prevención, como a la curación y rehabilitación.
- Coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios Públicos en un dispositivo único.
- Financiación mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas, por las prestaciones de determinados servicios.

Pero uno de los temas que nos venía preocupando a todos, en aquellos momentos, era la coordinación que la Ley General de Sanidad afronta y que en 1988 Pedro P. Mansilla que había trabajado en la redacción del anteproyecto y entre otros también Ruiz Ocaña. Mansilla, que luego fue Director General de Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y Consumo, escribió un libro sobre “La coordinación general sanitaria” que fue prologado, como dije anteriormente, por el profesor Muñoz Machado, donde aborda la problemática de la coordinación sanitaria de una manera general. Problemática que ha venido afectando a España durante décadas y hoy no podemos considerarlo como olvidado, ni superado. La coordinación, señala Muñoz Machado, hoy Presidente de la Real Academia Española (RAE), en el prólogo, indicaba: “La ley General de Sanidad apuntó por su parte algunos de sus mecanismos coordinadores esenciales, la formulación misma de las bases de la regulación de aspectos del sector sanitario, la concertación, los convenios y acuerdos de planificación general y sectorial, los órganos mixtos y específicamente el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”. También Masilla recoge en su libro, la sentencia del Tribunal Constitucional de 4 de Noviembre de 1982.declara textualmente que siempre es aconsejable una adecuada colaboración entre las Administraciones del Estado y las de las Comunidades Autónomas, para ayudar a buscar soluciones equitativas. Esta colaboración, conviene señalarlo, es necesaria para el buen funcionamiento de un Estado de las Autonomías incluso al margen de la distribución constitucional y estatutaria de las competencias respectivas”. Dicha sentencia creó doctrina jurisprudencial del Tribunal Constitucional. En esta línea quiero señalar también, la citada por Muñoz Machado al destacar sobre la coordinación, la sentencia de 28 de abril de 1983 que dice. “La coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en diversos aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en ejercicio de sus respectivas competencias, de tal manera que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario”.

He traído a colación estas sentencias del Alto Tribunal porque su línea doctrinal marcaba el horizonte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que creaba el artículo 40 de la Ley General de Sani-

dad, que determina en su apartado segundo: “El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la administración estatal y coordinará, entre otros aspectos las líneas básicas de la política de adquisiciones de contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como la de los principios básicos de la política de personal”. El contenido de artículo fue clave en el proceso de elaboración del anteproyecto de ley puesto que se creaba el órgano básico de la coordinación del Sistema Nacional de Salud. Mansilla subrayaba en su libro que “el medio instrumental creado por el legislador adopta la forma de Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dando continuidad a una ya larga tradición en la sanidad, pero separándose de ésta en el sentido de que el Consejo no va a ser ahora un mero órgano consultivo..., ahora a través del Consejo se sitúa la cúspide del sistema sanitario nacional en un órgano de composición plural por medio del cual se busca y puede encontrarse una voluntad común, procedente de las propias voluntades a coordinarse”. Al ser un sistema netamente descentralizado en mi opinión una descentralización política, no una descentralización administrativa que hubiese sido necesaria haberla llevado a cabo paulatinamente antes del proceso de transferencias competenciales en el ámbito de la sanidad y del consumo. De ahí que la Alta Inspección recogida en el capítulo cuarto (artículo 43) debería haber ocupado un papel de liderazgo vertebrador del Sistema Nacional de Salud, cuestión que no ha sido así y que ha causado problemas con la Administración Autonómica, que en otro epígrafe más adelante me referiré a esta problemática vital para el sistema.

Las Elecciones Generales de 1986 que tocaban celebrarse el 27 de noviembre de 1986, se adelantaron al domingo 22 de junio, obteniendo de nuevo la mayoría absoluta el Partido Socialista Obrero Español (PSOE-PSC) con 185 escaños y 7.601.985 votos, seguido por Coalición Popular (CP) con 5.247.677, con 105 escaños. La III Legislatura se inicia con la Constitución de las Cortes generales de 15 de julio de 1986. Felipe González es nuevamente Presidente del Gobierno y forma nuevo gobierno el 25 de julio de 1986 nombrando Ministro de Sanidad y Consumo a Julián García Vargas, economista y que había sido presidente del Instituto de Crédito oficial (ICO).

11. Hacia un nuevo desarrollo en el ámbito de la Salud y el Consumo

UNA vez nombrado Presidente del Gobierno Felipe González para la III Legislatura de la democracia, me confirman con el consiguiente nombramiento de Asesor del Gabinete del Presidente del Gobierno, para las Áreas de Sanidad y Consumo. En aquellos momentos conocí al recién nombrado Ministro de Sanidad y Consumo Julián García Vargas, economista y que nuestra procedencia formativa, se complementaban. Hombre afable y dialogante con el cual sintonicé pronto, y nuestra amistad perdura en la actualidad. El Subsecretario de Sanidad y Consumo, Carlos Hernández Gil, facilitó mucho las vías de diálogo, ya que él había participado activamente y de una manera muy directa en la tramitación del proyecto de la Ley General de Sanidad, que se había publicado en el B.O.E el 29 de abril de 1986. Con la entrada en vigor de la citada ley, al Ministro de Sanidad y Consumo le va a tocar poner en marcha, durante todo su mandato, la configuración del incipiente Sistema Nacional de Salud, así como su desarrollo y vertebración.

En Moncloa, en el Gabinete de la Presidencia trabajaba junto a Alberto Ruiz Sechi, Director del Área Sociolaboral, José García Tena, Miguel Ángel Díaz Peña, José María Torres Cía, Almudena Mazarrasa Alvear, Elena Bengochea y Miguel González Zamora, con quienes compartí inquietudes en aquéllos momentos, que hoy recuerdo con la ilusión de entonces, de esta etapa de importantes cambios para el desarrollo y modernización de España, así como con Francisco Fernández Marugan, que posteriormente sería Defensor del Pueblo. También tengo que destacar la aprobación de la Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril de medidas especiales en materia de Salud Pública, que tenían como objetivo básico la protección de la salud, contemplados en su artículo primero con el objetivo de “proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro. Las autoridades sanitarias de las distintas administraciones públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente ley y cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia y necesidad, cuando estén en riesgo y peligro la salud de los ciudadanos, en todo el territorio nacional. Tanto esta Ley como la de Sanidad ofrecen el marco básico de protección al derecho de la salud y dan el cumpli-

miento del mandato constitucional del anteriormente referido artículo 43. En esta línea de acciones legislativas hay que destacar también, la ley de 17 de marzo de 1986 sobre los odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud buco dental que regula unas nuevas perspectivas para la profesión de los dentistas, abriendo nuevos horizontes para la odontología en España, de acuerdo con las directrices de la Unión Europea que en los aspectos formativos más adelante me referiré.

Toda la reforma emprendida por el Ministro Lluch y aprobada por las Cortes Generales, para el sector de la salud y consumo, fue desarrollada por su sucesor el Ministro García Vargas, logrando dar un impulso a la Atención Primaria, a través del INSALUD. El equipo que formó, fue coherente en sus actuaciones, puesto que había que afrontar una etapa donde había que buscar mucho diálogo y consenso, para llevar a cabo las reformas que se estaban poniendo en marcha. Muchos de los equipos ya los conocía y no me fue difícil encontrar vías conjuntas de trabajo, desde la Presidencia del Gobierno. Mis contactos en el Ministerio fueron, con algunos ya citados: Ministro Julián García Vargas; Subsecretario, Carlos Hernández Gil; Director del Gabinete del Ministro José Luis Fernández Noriega; el Director General de Alta Inspección, Pedro Pablo Mansilla; así como el Director del Instituto de Salud Carlos III, Rafael Nájera, Director de Planificación Sanitaria, Juan José Artells, así como con el equipo del INSALUD: Eduardo Arrojo al frente de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria y máximo responsable del Organismo que tenía un presupuesto de alrededor de un Billón de las antiguas pesetas. Arrojo, asturiano de pro había sido Consejero de Economía y Hacienda en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, estuvo hasta el final del mandato en 1989 en el equipo de García Vargas y a él le debemos el cambio de la financiación sanitaria, que tantas veces había hablado con el Ministro Lluch, puesto que era un asunto vital para la consolidación del Sistema Nacional de Salud y que hoy todavía sigue siendo un asunto de gran importancia. Eduardo Arrojo consiguió una financiación sanitaria de cerca de las tres cuartas partes a través de impuestos, creándose un modelo que hoy en día seguimos disfrutando con gran acierto a pesar de la infrafinanciación. Desde la Secretaría General de Asistencia sanitaria, Eduardo Arrojo puso en marcha la universalización de la asistencia sanitaria, se hicieron transferencias autonómicas y se consolidó la reforma de la asistencia sanitaria, llevándose a cabo el

primer programa de la cita previa, para los pacientes. Fue una lástima las desaveniencias que se produjeron entre Eduardo Arrojo y José Luis Fernández Noriega. Sin embargo en estos años se ejecutaron acciones de gobierno que llevarían a la formalización de la universalización de la asistencia tanto médica como formativa, basada en la equidad en el acceso y dotación de recursos, a través del INSALUD, así como un incremento de las políticas de promoción y prevención donde la salud iba tomando caracteres importantes para los ciudadanos. Se trabajaba para conseguir en el menor plazo posible, unas directrices sólidas en consonancia con la Unión Europea, sobre todo en los aspectos de promoción integral de la salud y a lo referente a la salud pública, desarrollando la cooperación con otros países y organizaciones internacionales. En septiembre de 2018 se conmemoraba el 40 aniversario de la Declaración de Alma Ata y cuyos planteamientos básicos siguen hoy todavía vigentes en el amplio abanico de la Atención Primaria. Un objetivo que cubrió la paulatina consolidación del Sistema Nacional de Salud fue la Ordenación de las Prestaciones Sanitarias, con el objetivo de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y ofrecerles a todos los ciudadanos el conocimiento efectivo del alcance de sus derechos y obligaciones, ya que son protagonistas y sujetos activos y obtengan un mejor servicio de las redes sanitarias pública y concertada por el sistema. Todas las actividades que se iban desarrollando estaban enfocadas dentro del ámbito de la Unión Europea, en especial en el ámbito de la Medicina Preventiva en las diferentes patologías más prevalentes, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, SIDA y otras enfermedades.

Dado el incremento de las toxicomanías en nuestro país y las repercusiones para la salud, se creó el Plan Nacional de Drogas, como Delegación del Gobierno cuyo primer delegado fue Miguel Solans y su adjunto Santiago de Torres, con competencias de la prevención y tratamiento de las drogodependencias, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, en el que participé también en su creación cuya misión fundamental era favorecer la reducción de las adicciones, poniendo especial énfasis en la prevención y en el apoyo y reinserción social de los afectados por esta problemática. En la misma línea y para frenar la pandemia del VIH, se creó el Plan Nacional sobre el SIDA ya que en aquellos momentos se convirtió en una pandemia preocupante. El Dr. Rafael Nájera, Director del Instituto de Salud Carlos III, al que después más adelante me

referiré ocupó un papel muy importante y destacado para hacer frente a la enfermedad del SIDA con una mortalidad muy alta. Tanto en las toxicomanías como en la pandemia del VIH se llevaron frecuentes contactos con la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con sus directrices en lo concerniente a la salud pública, la información y la educación sanitaria de la población.

En lo referente a la protección de los consumidores y usuarios se fueron construyendo redes importantes, tanto en el ámbito de las Oficinas Municipales de Información al consumidor (OMICs) y las florecientes Asociaciones de Consumidores contribuyeron a dinamizar todas las actuaciones de las administraciones públicas, llevadas a cabo para ejercer una tutela efectiva para la defensa de los consumidores. El Presidente del Instituto Nacional del Consumo, César Braña Pino desempeñó una encomiable tarea vertebrando la Conferencia Sectorial de Consumo donde participaban las 17 Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado. Por aquel entonces publiqué la primera edición de mi libro “La Publicidad y la Protección Jurídica de los Consumidores y Usuarios”, dada mi experiencia como profesional del derecho, por un lado y, de la otra, la de Licenciado en Ciencias de la Información, me han llevado a profundizar en los problemas de la publicidad y otros colaterales, de los que no podía estar ajena la protección jurídica de los consumidores tratando de fomentar los objetivos básicos que debe presidir cualquier actividad publicitaria, como son la veracidad y la honestidad. En definitiva, quise dejar claro que la publicidad como arte y como ciencia tiene que estar al servicio de los consumidores y usuarios y este ha sido el planteamiento básico que ha orientado a los países democráticos del contexto europeo. El contenido del libro me fue posteriormente muy útil, para participar en el anteproyecto de la Ley General de Publicidad.

Era de la opinión que tras la aprobación de la Constitución y de nuestra entrada en la Unión Europea, había que derogar el obsoleto Estatuto de la Publicidad aprobado por la ley 61/1964, publicada en el BOE 15 de junio de 1964. En consecuencia se empezó a trabajar en el borrador del anteproyecto de la Ley General de Publicidad, de acuerdo con los criterios de la Unión Europea, que estaba contenida en gran manera en la Directiva 84/450 de 10 de septiembre de 1984, encaminada a armoni-

zar las disposiciones legislativas reglamentarias y de inferior rango de los países miembros en todo lo relativo a la publicidad española, que incide muy directamente en la protección de los derechos de los consumidores y usuarios. En el conjunto de la Unión Europea ha existido siempre una gran preocupación por la publicidad engañosa, habiéndose estudiado durante años en el Comité Económico y Social. Acertadamente señalaba el profesor Lema Devesa en “Nuevas perspectivas del Derecho de la Publicidad que: el consumidor únicamente puede cumplir el papel de árbitro en el mercado, cuando posea información suficiente y veraz sobre diferentes ofertas que le presenten. Ello implica que es menester salvaguardar al consumidor frente a la publicidad engañosa y desleal”.

El profesor Carlos Lema, Catedrático de Derecho de la Publicidad, buen amigo, asesor en el proceso de elaboración del anteproyecto de la Ley General de Publicidad, como experto. El anteproyecto se contempla como una protección pública a los consumidores ante la publicidad, la intervención de los poderes públicos según el mandato constitucional, en los artículos 38 y 128 como garantía de los legítimos intereses económicos de los consumidores, todo ello teniendo en cuenta la Ley General para la Defensa de los Consumidores y usuarios de 1984. Por su interés voy a destacar el artículo 8.1 de este cuerpo legal: “La oferta, promoción y publicidad de los productos, actividades o servicios, se ajustarán a su naturaleza, características, condiciones, utilidad o finalidad, sin perjuicio de lo establecido en las disposiciones sobre publicidad. Su contenido, las prestaciones propias de cada producto o servicio y las condiciones y garantías ofrecidas, serán exigidas por los consumidores o usuarios aún cuando no figuren expresamente en el contrato celebrado o en el documento recibido”. He traído a colación este artículo porque fue el determinante en la elaboración de la citada Ley, que fue publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 26 de Noviembre de 1987, iniciando su trámite parlamentario una vez aprobada por el Consejo de Ministros al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.6 y 8, de la Constitución, dentro de las competencias del Estado, teniendo el rango de normativa básica. Durante el debate parlamentario de la Ley General de Publicidad, se debatieron 156 enmiendas alcanzándose un amplio consenso para su aprobación mediante la ley 34/1988 de 11 de noviembre y publicada en el BOE nº 274, el 15 de noviembre de 1988. El contenido de la ley se configuró como marco normativo para las acti-

vidades publicitarias, con el objetivo de lograr un verdadero equilibrio tanto para los consumidores y usuarios como también para todos los sujetos activos intervinientes en el ámbito de la publicidad.

La ley comprende 33 artículos y dos disposiciones transitorias y está integrada en cuatro títulos. En mi opinión, el título cuarto era el que aportaba mayor novedad para nuestro ordenamiento jurídico, ya que determina las normas de carácter procesal y que han de regir en materia de sanción y represión de todas las manifestaciones de la publicidad ilícita, sin perjuicio de los controles voluntarios de la publicidad, a través del autocontrol que ejercen en la actualidad algunas asociaciones de anunciantes. Es muy claro el artículo 25 primero, apartado 1 de la Ley General de Publicidad “Los órganos administrativos competentes, las asociaciones de consumidores y usuarios, las personas naturales o jurídicas que resulten afectadas y, en general quienes tengan un derecho subjetivo o un interés legítimo, podrán solicitar al anunciante la cesación o, en su caso, la rectificación de la publicidad ilícita”. Aquí se consagra la tutela de la protección jurídica contra la ilicitud publicitaria, ante la jurisdicción ordinaria conforme a lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

El Instituto Nacional de Consumo a través de la Secretaría General del Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo fomentó la protección de los legítimos intereses económicos y sociales de los consumidores ante el mensaje publicitario y es a raíz de estos planteamientos cuando hay que hacer alusión al procedimiento arbitral, sistema que agilizaría las controversias que se plantean, concretamente el artículo 31 de la Ley 26/1984 contempla dicho procedimiento señalando: “El gobierno establecerá un sistema arbitral que, sin formalidades especiales, atiende y regula con carácter vinculante y ejecutivo para ambas partes las quejas o reclamaciones de los consumidores o usuarios, siempre que no concurra intoxicación, lesión o muerte, ni existan indicios racionales de delito, todo ello sin perjuicio de la protección administrativa y de la judicial, de acuerdo con lo establecido en el artículo 24 de la Constitución. El presidente del Instituto Nacional del Consumo es nombrado Secretario General de Consumo, con rango de Subsecretario dependiendo de él, el Director General de Salud Alimentaria y Protección de los Consumidores que desempeñaba Ismael Díaz Yubero y el Instituto Nacional del Consumo, cuya máxima responsable en aquellos momentos era Ana Corces.

Las actuaciones en el área de consumo fueron dando unos resultados positivos. Había que buscar un verdadero equilibrio, que realmente protegiera a los niveles de rentas más bajas, que ven condicionada la adquisición de productos o la contratación de servicios por sus escasos ingresos, siendo en definitiva los más perjudicados en los fraudes de consumo, planteándose la necesidad de que la información y la formación llegue a través de campañas a todos los rincones de nuestra geografía. La misión de los poderes públicos a su vez, tienen la obligación de tutelar los legítimos intereses de los ciudadanos, garantizando la protección de los usuarios de los servicios públicos. En esta línea se crearon cauces para mejorar y agilizar el funcionamiento de dichos servicios. Los instrumentos de protección de los consumidores y usuarios comportan unos mecanismos tendentes a dinamizar el progreso y la modernidad de nuestro país a través de las nuevas tecnologías sociales que marcan nuevos horizontes y mejoras de calidad de vida para los ciudadanos, contribuyendo en definitiva a conformar el nuevo tejido social. Buscando este equilibrio, la acción institucional diseñó el Sistema Arbitral de Consumo, con proyección a la reparación de daños de los consumidores y facilitar el acceso a procedimientos extrajudiciales, dado que los tribunales de justicia son lentos y costosos. Era una necesidad buscar procedimientos ágiles, eficaces y con bajo costo para garantizar el acceso de los consumidores a la justicia, evitando los conflictos y daños que a éstos se les plantea en el libre mercado.

El Sistema Arbitral de Consumo nace cubriendo un hueco importante, basado en los principios de sencillez, celeridad y eficacia, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 24.1 de la Constitución sobre la tutela de los tribunales. La doctrina del Tribunal Constitucional establecía que el arbitraje era competencia del Estado y su normativa era básica. Los acuerdos adoptados por las Juntas Arbitrales serán vinculantes y ejecutivos, quedando firme desde su notificación y acudir a ellos es totalmente voluntario y gratuito, salvo el coste de los peritajes. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Conferencia Sectorial de Consumo, donde participaban todas las Comunidades Autónomas, facilitaba a las Juntas Arbitrales el desarrollo de acuerdos suscritos con organizaciones empresariales de ámbito nacional. Las Juntas Arbitrales de Consumo, desarrollaron actuaciones de mediación y conciliación respecto de las controversias derivadas de las quejas o reclamaciones de los consumidores y usuarios. Era necesario que la cultura del arbitraje permeabilizara el tejido social y que los ciudadanos lo asumieran, siendo un instrumento de participación comunitaria y de

homologación con los países de la Unión Europea, como decía Ortega y Gasset: “Europa, toda una posibilidad”. Quiero destacar que el acceso de los consumidores y usuarios al Sistema Arbitral ha sido un reto muy importante, que ha ido en aumento en los países democráticos, siendo más destacado en aquellos que la participación ciudadana es mayor. A mi juicio el Arbitraje de Consumo en España ha venido contribuyendo cada día a lograr un equilibrio de mercado entre los consumidores y usuarios y los empresarios, tratando de evitar posiciones de dominio. La legislación vigente en la actualidad sobre el arbitraje de consumo, es la Ley 60/2003 de 23 de diciembre de Arbitraje y el Real Decreto 231/2008 de 15 de febrero por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo y la Ley 7/2017 de 2 de noviembre que incorporaba el nuevo ordenamiento jurídico; la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo 2013/11 UE de 21 de mayo de 2013 relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo. Los laudos dictados por las Juntas de Arbitraje de Consumo son de obligado cumplimiento para las partes.

También en el devenir del tiempo, el Ministerio de Sanidad y Consumo hacía frente a los problemas del sector farmacéutico, con la ejecución del “Prosereme”, que incidía mucho en la industria farmacéutica. En estos años se venía trabajando en la Ley del Medicamento, que había iniciado Félix Lobo desde la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, con el que mantuve muchos contactos y con su sucesor Joaquín Bonald que era Director General desde abril de 1988, hasta diciembre, e Ignacio Lobato que llevó a cabo la culminación de la Ley del Medicamento. Dicha normativa legal fue aprobada por ley el 20 de diciembre de 1990 que establecía los principios generales y competencias de la ordenación farmacéutica. La citada ley fue derogada por otra posterior: la Ley 29/2006 de 26 de julio, sobre Garantías y Uso Racional de Medicamentos que fue una actualización necesaria e importante.

El 12 de marzo de 1991 es nombrado Ministro de Defensa, Julián García Vargas y asumía la cartera del Ministerio de Sanidad y Consumo, Julián García Valverde, comenzando otra etapa en el Paseo del Prado 18, donde se fueron sucediendo Ministros y Ministras como José Antonio Griñán, Ángeles Amador, José Manuel Romay Becharia y Ana Pastor, entre otros, tanto del Partido Socialista como del Partido Popular, que se alternaron en la gobernanza del Ministerio de Sanidad, lo cual fue muy positivo para el sector sanitario.

12. La formación en Ciencias de la Salud y de la Vida y la ordenación de las profesiones sanitarias

A FINALES de 1995 me ofrecieron que me hiciese cargo dentro de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, de la Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Habían pensado en mí, dado el conocimiento del sector sanitario y la capacidad para resolver conflictos que se habían planteado en diferentes colectivos. Me lo estuve pensando un tiempo porque era un reto por la problemática existente con los profesionales, ya que mis antecesores en el cargo habían sido médicos y catedráticos de universidad. Al final acepté el cargo, puesto que suponía volver a la gestión después de muchos años de haber sido asesor en el Gabinete del Presidente del Gobierno y por otro lado, volver a las relaciones universitarias y a la formación, que ha sido una de mis vocaciones principales de mi vida y de mi trayectoria profesional.

El 8 de enero de 1996 me incorporaba desde Moncloa, a la Colonia de los Chopos, en Serrano 150, donde estaba mi despacho en la sede de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación. Durante un tiempo tuve que ayudar en mis tareas de asesoramiento en Presidencia del Gobierno y la responsabilidad de la Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud, en la que tuve que empezar la reorganización de las tareas especialmente en los recursos humanos, para afrontar la problemática heredada y ofrecer soluciones a los profesionales del sector sanitario: médicos, farmacéuticos, odontólogos, bioquímicos, veterinarios, enfermeros, fisioterapeutas, entre otros. Mi objetivo principal al afrontar este nuevo cargo era buscar un amplio consenso entre todos los profesionales para afrontar los retos y conseguir los objetivos para hacer posible sus demandas y a su vez, satisfacer a los ciudadanos y pacientes. Paralelamente me proponía fomentar desde la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, las Ciencias de la Salud (concepto muy incipiente, todavía, en España). Bajo esta denominación aglutinadora de conocimientos, que más tarde se denominarían Ciencias de la Salud y de la Vida, o en términos más innovadores: Biociencias. Hace una década era inimaginable la aglutinación bajo esta denominación, estas ciencias tan importantes para la Humanidad. En España nuestros

Premio Nobel, Santiago Ramón y Cajal, Severo Ochoa y otros, como Gregorio Marañón, Francisco Grande Covián, Laín Entralgo o Santiago Grisolia, por citar los más destacados, colaboraron en la construcción, a través de sus tareas docentes e investigadoras, a establecer las bases de la formación e investigación biomédica en nuestro país.

Para realizar las actividades señaladas, reforcé el equipo humano, que era escaso, de la citada Subdirección, con Matilde Ledesma y Gregorio Planchuelo. Estuve con los Secretarios de Estado de Universidades e Investigación, Enric Banda, Fernando Tejerina, Jesús González, Jorge Fernández, Julio Iglesias, tanto del gobierno del PSOE, como del PP, con quienes mantuve una relación muy cordial y con alguno de ellos una relación de sincera amistad. Todos me dejaron realizar los proyectos que realizaba, con respeto y delegación de competencias, así como la gestión de la formación en Ciencias de la Salud, incluso uno de ellos, Jesús González González llegó a prologar alguno de mis libros. Hablando de Ciencias de la Salud y de la Vida, hoy me inclino a denominarlas Biociencias de la Salud, partiendo de una realidad que había que transmitir, puesto que cada día venían ocupando un papel muy relevante en la sociedad, englobando principalmente la Medicina, Farmacia, Biología, Química, Psicología Clínica, Ciencias de la Educación, Sociología, Antropología Social o Enfermería, comprendiendo estos saberes lo que empezaba a acuñar la Promoción Integral de la Salud, puesto que la salud está muy directamente relacionada con el medio físico, con el medio biológico y con el medio psicosocial y se empezaba a trabajar de una manera multidisciplinar para conseguir mayores cotas de salud para la población. Hoy en día, la multi-disciplinariedad es ya una realidad indiscutible.

Las ciencias de la Salud juegan un papel fundamental en la Atención Primaria y debe entenderse como el conjunto de actividades sanitarias dirigidas al individuo y a la comunidad, con la finalidad de garantizar de forma accesible, igualitaria y participativa su derecho a la salud. A través de la Atención Primaria tiene lugar la primera toma de contacto con las personas y comunidades con los profesionales sanitarios y debe contemplarse como parte integrante del conjunto de actividades destinadas a promocionar y lograr un desarrollo óptimo de la situación del bienestar en todos sus aspectos. El Centro de Salud es el lugar por excelencia para desarrollar directrices de la promoción de la salud. Su estructura física

y funcional posibilita el desarrollo de una Atención Primaria de Salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada y con base en el trabajo de equipo, tanto de los profesionales sanitarios como los no sanitarios que actúan en el mismo. Otra manifestación de la Atención Primaria de Salud está constituida por la atención prestada en el medio rural, definida por la convergencia de su demografía (poblaciones en general inferiores a 10.000 habitantes), la actividad socioeconómica agrícola y ganadera principalmente, las infraestructuras: escasez de servicios, de dotaciones sociales y comunicaciones, y la dispersión y aislamiento de las poblaciones. Si se quiere profundizar en la línea de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud se debe garantizar que todas las acciones sanitarias que se realicen, vayan dirigidas a la prevención de la enfermedad y no sólo a la curación de las mismas.

La formación para la promoción integral de la salud es uno de los asuntos importantes dentro de la Unión Europea, para lo cual se está llevando a cabo un considerable esfuerzo, tanto de recursos humanos como económicos, con el fin de preservar, fomentar y mejorar el desarrollo de la salud de los ciudadanos y de su calidad de vida. En los últimos lustros se está empezando a desarrollar el concepto de la cultura de la salud, necesaria para fomentar y proteger nuestra salud y la de los que nos rodean, partiendo de la solidaridad y del autocuidado, por lo que es necesario implementar la participación ciudadana de los pacientes en el sistema sanitario armónico con grandes dosis de eficacia, equidad en el que participen también todos los agentes del sistema. El desarrollo de las Biociencias de la salud pasa necesariamente por coordinar tres elementos clave que están muy relacionados entre sí y que deben estar abiertos y ser vasos comunicantes, que son: Formación, Investigación y Docencia.

Estos factores los tuve muy presentes cuando era miembro de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas y Especializaciones Farmacéuticas, hoy englobadas en el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, del que forman parte todas las especialidades existentes tanto médicos como farmacéuticos. También en el Comité de Acreditación de Hospitales que se evaluaba para ejercer la docencia y la calificación de Hospital Universitario. Para todas las tareas de formación busqué un estrecho consenso con el Ministerio de Sanidad y Consumo

para ir ambos ministerios, el Ministerio de Educación y Ciencia, a través de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo de la mano para ejercer las competencias compartidas entre ambos Departamentos Ministeriales en este ámbito, que en otros momentos fueron muy difíciles, produciendo el atasco de los problemas.

Las relaciones con el Ministerio de Sanidad y Consumo tanto en la época de María Ángeles Amador que tuvo como responsable de las competencias de Formación y Ordenación Profesional al Dr. Ricard Gutiérrez Martí y que con posterioridad sería el Vicepresidente de la Organización Médica Colegial (OMC), como en la del Ministro José Manuel Romay Becaría fueron excelentes, muy cordiales y de profunda colaboración entre ambos y esto lo notaron rápidamente todos los profesionales del sector tanto de los médicos, farmacéuticos, enfermería que fueron los primeros en beneficiarse de las nuevas relaciones y consenso entre ambos ministerios. En esta etapa también se reforzaron las relaciones con la Unión Europea y quiero destacar en especial, las llevadas a cabo con el Comisario de la Competencia Mario Monti, del cual dependía la regulación de los médicos Internos Residentes (MIR) y Mestos y Farmacéuticos Internos Residentes (FIR), los MESTOS con una gran problemática planteada, muy enquistada con las Comunidades Autónomas ya que habían pasado muchos años sin ofertas públicas de empleo y las plazas MIR eran muy escasas debido al gran número de aspirantes que existían en aquellos años. Fueron muchas y largas conversaciones en Bruselas, los resultados fueron muy satisfactorios para los facultativos españoles, poniéndose de manifiesto la calidad y la buena formación Médica y Farmacéutica como parte integrante de las Ciencias de la Salud y de la Vida que vivíamos en aquellos momentos. El Comisario Monti quedó gratamente entusiasmado con la formación MIR española y en un apartado de las negociaciones me indicó que para un futuro habría que crear el MIR Europeo, pero ambos abandonamos nuestros cargos y competencias y la idea quedó en un sueño importante, que algún día habría que retomar porque sería un cambio vertiginoso en la formación. A propósito de la formación MIR no puedo dejar de recordar al Prof. José María de Arana, la labor que realizó para la implantación del Sistema de Médicos Residentes, desde el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid de la que fue fundador. Mi colaboración con el Prof. Segovia comenzó cuando estuve trabajando en la Ciudad Sanitaria Nuestra Señora de Co-

vadonga en Oviedo, hoy Hospital Universitario Central de Asturias. En aquél momento por el año 1977 dicho hospital fue pionero y uno de los núcleos importantes de la implementación de la formación que dirigía el Dr. Segovia de Arana. Con posterioridad tuve una mayor relación al implicarlo en la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, a las que más adelante me referiré.

Cuando ocupé la Subdirección General de Formación Sanitaria y Relaciones Profesionales del Ministerio de Sanidad y Consumo tuve también las responsabilidades de ser miembro del Comité de Altos Funcionarios de Salud Pública de la Unión Europea. Presidente de la Comisión de Formación y Ordenación de las Profesiones Sanitarias y miembro de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo de Especialidades Médicas. Aunque he trabajado en el sector sanitario más de 40 años y he participado en diferentes cargos en retos importantes, ninguno ha sido tan interesante y a la vez más apasionante como el de la formación. Ahora estamos en un reto histórico en el área de formación. Se debe buscar el equilibrio entre el saber hacer y el hacer saber. La docencia es el arte de transmitir el conocimiento y el pensamiento, en definitiva, enseñar a pensar, ayudar a pensar desde la Universidad, lo que debe ser el elemento dinamizador de la formación. No hay que olvidar la labor que realiza la Universidad, que es la cuna de la investigación científica que a su vez genera la sociedad del conocimiento. Se debe subrayar que el 65% de la investigación en España es de ámbito universitario. Muchas veces el proceso de aprendizaje de la ciencia se lleva a cabo sin estímulos o sin rigor intelectual, de ahí que un buen profesor es el que sabe transmitir, comunicar con entusiasmo para motivar y abrir inquietudes en lo que explica. De ello se deduce que el binomio universidad- investigación vaya ligado, la mayoría de las veces, a los avances científicos. En la sociedad de nuestros días, el fomento de la calidad de vida y el bienestar ocupan un papel decisivo en la mentalidad de los ciudadanos. El avance de la investigación y de las nuevas tecnologías nos ha llevado a la denominada sociedad de la información, que está teniendo consecuencias trascendentales para las Ciencias de la Salud. No se puede olvidar la importancia de las sociedades científicas y de los investigadores en las Biociencias, que realizan su labor dentro del ámbito y la actividad investigadora que se realiza fuera de España. La ciencia no progresa por una persona, sino

por equipos. El principal problema de la formación en España es la descoordinación. En las tareas formativas el intercambio de experiencias e ideas a través de la conversación viva es lo más importante. Por lo tanto no fue una casualidad que el diálogo llegara a ser la forma más directa de Platón. Debemos considerar las aportaciones que se obtienen a través de simposios, congresos y otros eventos en los que se muestran los últimos avances científicos. Hay que lograr mayor vinculación universitaria entre los hospitales y las facultades de Medicina en la formación de posgrado puesto que la vocación docente siempre ha estado presente en muchos casos en los profesionales de la salud. Creo que el concepto moderno del hospital trata de integrar por igual las funciones docente, asistencial, investigadora y de gestión. En mi opinión la relación entre la universidad y la relación con la formación especializada debería ser más estrecha. En mis responsabilidades formativas en aquella etapa profesional y que hoy mantengo viva, como profesor honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Los alumnos residentes deberían realizar el doctorado y reforzar así su formación de especialidades abriendo el camino para la docencia e investigación que lo deseen, ello plantea la necesidad de aprovechar los recursos disponibles las facultades para la formación de posgrado. En la línea de lo anterior, los MIR podrían ser tutores de los alumnos de las facultades de Medicina, trasmitiéndoles las experiencias clínicas que van desarrollando, empezándose a desarrollar un aprendizaje continuo, acercando el pregrado al mundo asistencial lo que les llevaría en definitiva a un mejor conocimiento de la troncalidad que en un futuro debería elegir. Los programas de docencia tienen que ser una herramienta básica para la actualización y potenciación de los MIR. Las Comisiones de Docencia de los Hospitales Universitarios tienen que ir asumiendo cada día un mayor protagonismo en las tareas formativas si queremos mantener la calidad del Sistema MIR. Dichas comisiones de docencia de los hospitales deben incorporar los avances de las Biociencias de la salud lo que repercutirá directamente en las tareas asistenciales, trasladando sus beneficios a los pacientes. En consecuencia es pertinente encontrar un verdadero equilibrio entre las actividades clínicas y las docentes. Las tutorías para los MIR son decisivas para su formación por lo que es necesario dotarlas de los recursos tanto humanos como económicos suficientes para el desarrollo e importante labor que desempeñarán. La

gerencia de los hospitales Universitarios deberá tomar conciencia efectiva de programas que realizan los tutores en la formación de los futuros especialistas. En España se viene trabajando en el fomento y desarrollo de una verdadera calidad del sistema MIR, como antes señalaba, puesto que estamos ante una formación especializada de gran calidad. Hay que orientar las pruebas hacia los conocimientos clínicos rehuyendo de las pruebas memorísticas.

Refiriéndome a la formación del médico, hago un recordatorio al profesor Munuera (que fue Catedrático de Traumatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y Jefe de Servicio de Traumatología del Hospital Universitario La Paz), gran amigo con el que trabajé en las tareas formativas, compartiendo puntos de vista comunes, consideraba básicos el tiempo de la Licenciatura en Medicina, que era el momento de dar al estudiante una información actualizada de contenidos básicos pero también el tiempo de fomentar la responsabilidad de aprender por sí mismo y de manera permanente. Además señalaba que se deben modificar los modelos educativos para hacer frente a los nuevos contextos de la práctica clínica, cada vez más compleja, pues de seguir la tendencia actual es muy probable que un porcentaje cada vez mayor de la información recibida haya decaído en el momento de dejar la facultad. Estas ideas muy acertadas de aquellos años del profesor Munuera, se están poniendo de manifiesto en los momentos actuales debido al avance de las nuevas tecnologías, donde la salud digital está alcanzando unos valores muy importantes para las Biociencias. Es de destacar que los médicos con una buena formación de pregrado son aquellos que en su formación básica hayan tenido contactos con pacientes y orientados al aprendizaje en las técnicas de diagnóstico. La formación del médico implica la imposibilidad de separar los procesos formativos del pregrado, postgrado y formación continuada. Hay que destacar como punto esencial el compartir los recursos estructurales del Sistema Nacional de Salud como instrumento para impartir los diversos programas formativos lleva a un proceso permanente de aprendizaje. Quiero también destacar la importancia que ha tenido el programa Erasmus dentro de la formación de pregrado puesto que los estudiantes que han participado en él, han visto enriquecida su formación y en algunos casos han descubierto el horizonte de su investigación científica. La movilidad es un factor a tener muy en cuenta en la formación del carácter universitario.

Los tiempos actuales demandan una formación específica adecuada a los nuevos tiempos y a las necesidades reales de la población y teniendo en cuenta el incesante progreso científico y tecnológico.

A raíz de nuestro ingreso en la Unión Europea, la Estomatología va caminando hacia una evolución y trayectoria formativa, que se potencia y desarrolla a partir de 1986, a través de la Odontología. Durante este proceso hay que destacar la gran labor desempeñada por el Dr. Alfonso Villa, Catedrático de la Universidad de Oviedo y Antonio Bascones, Catedrático de la Complutense de Madrid, y miembros de la Comisión Nacional de Estomatología. El Dr. Villa fue Presidente del Ilustre Consejo General de Dentistas de España y el Dr. Bascones Presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (Madrid) y Presidente de la Sociedad Española de Medicina Oral, habiendo que mencionar también su gran labor investigadora y científica. Así mismo hay que destacar también a otras personalidades en el desarrollo formativo como son el Dr. Juan Antonio López Calvo y al Dr. Óscar Castro, actual Presidente del Consejo General de Dentistas de España. Los esfuerzos realizados cristalizaron también en la creación de la Academia de Ciencias Odontológicas de España (ACOE).

Ahora entro en el tercer eslabón de la cadena formativa: la Formación Continuada, que a mi juicio es un elemento dinamizador de ordenación de las profesiones sanitarias. Antes de abandonar mis responsabilidades en este ámbito del Ministerio de Sanidad y Consumo, diseñé y se creó el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, donde participan los profesionales sanitarios, que es un órgano consultivo máximo, en materia de formación especializada, al que corresponde la coordinación de la actuación de las Comisiones Nacionales de Especialidades, la promoción de la investigación y de las innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización sanitaria y la superior asistencia, asesoramiento técnico y científico en materia de formación sanitaria especializada lo integran 81 miembros entre otros, médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, bioquímicos, físicos, psicólogos, enfermeros, por lo que constituye un punto de encuentro para el desarrollo de la formación sanitaria, en especial en lo referente a la formación continuada en Ciencias de la Salud y de la Vida. Como destacaba Khalil Gibran: “No se progresa mejorando lo que está hecho sino esforzándose por lo que aún queda por hacer”.

La formación de los profesionales sanitarios tiene que enfocarse en dos vertientes, por un lado la sociedad y por el otro los profesionales. Para ello es necesario un proceso permanente de formación, que comience en el pregrado, continúe con el MIR y que siga durante toda la vida profesional a través de la formación continuada. Hay que tener muy presente en los momentos actuales, que el rápido avance de las tecnologías, el BigData, la Salud Digital, van por delante de los saberes del conocimiento de las ciencias de la salud y de la vida, por lo que hay que preguntarse ¿Cómo aplicarlo a la realidad clínica del paciente?, teniendo también en cuenta que los conocimientos científicos preceden al ordenamiento jurídico y su regulación, como en lo referente a la salud digital y la protección de datos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, es decir, abrir cauces reales de comunicación con los pacientes, ofreciendo servicios que mejoren su bienestar.

También fue un eslabón a tener muy presente, el Real Decreto de Ordenación de las Enseñanzas Universitarias aprobado por el Consejo de Ministros el 26 de octubre de 2007, que establecía una estructura más flexible y abierta a la enseñanza superior con sus tres niveles: grado, master y doctorado, permitiendo el progreso de los estudiantes sin que ningún tipo de decisión cerrara el camino de la formación. Indirectamente hay que relacionarlo con la formación continuada, de acuerdo con los intereses más atractivos y acorde con las necesidades personales. Cross señalaba ya en 1981 que “aprender a lo largo de la vida no es simplemente un privilegio o un derecho, sino más bien una necesidad para cada uno”. En definitiva hay que subrayar como ya lo he hecho en otras ocasiones, que los recursos humanos de nuestro Sistema Nacional de Salud deben ser el motor del cambio que nuestro país necesita. Quiero recordar a Helios Pandell, con quien compartí reuniones e inquietudes profesionales sobre la formación continuada y me viene a la memoria el Seminario que organizamos en la Fundación de Ciencias de la Salud y dedicado a la Formación Continuada: Retos y Expectativas, su acertada ponencia sobre: Características del sistema español de acreditación, en la que nos señalaba que para hacer frente con garantías de éxito el cambio acelerado del mundo actual, es necesario introducir el concepto de aprendizaje a lo largo de la vida. La formación continuada entendida como concepto de actividades formativas destinadas a mantener o a mejorar la competencia profesional, una vez obtenida la titulación básica o

de especialidad correspondiente, constituye la mejor herramienta para aquella adaptación”.

La formación continuada tiene que ser un compromiso ético y moral del profesional con la sociedad que le ha tocado vivir dentro del mundo globalizado en el que nos encontramos. Dentro del espectro formativo, la formación continuada no es ni debe ser una formación reglada, ni puede tener en el curriculum académico el carácter de obligatoria, pues sería contrario a las características básicas que acabamos de señalar. Tiene muchos aspectos innovadores, tanto educativos, profesionales y tecnológicos, pero sí que tiene que tener una gran importancia en la carrera profesional que hay que primar al que más estudia y trabaja en pro del bienestar social. En los comienzos de 1997, los Ministerios de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación, a través de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación y Desarrollo, conjuntamente y con el amparo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, decidimos crear, con el consenso de las 17 Comunidades Autónomas integrantes en el Sistema Nacional de salud, la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. El proceso de elaboración de un convenio marco fue arduo y difícil. Incorporamos al Profesor Segovia de Arana.

Regina Muzquiz, Subdirectora General del Ministerio de Sanidad y Consumo, representante del Consejo Interterritorial jugó un papel destacado en alcanzar el acuerdo del Convenio Marco de Formación Continuada (F.C). Dimos una amplia participación a todas las partes implicadas en la formación médica: Universidad, Organización Médica Colegial, Consejo Nacional de Especialidades y las Sociedades Científicas. Había que profundizar en el entorno en que se movía, como decía Naisbet: “Tras meses de conversaciones con las Comunidades Autónomas y conjuntamente con el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación que participó en todas las reuniones. Se alcanzó un amplio consenso entre todas las Comunidades Autónomas. Este largo camino fue indispensable para sentar las bases del nuevo diseño y la vertebración de la formación médica continuada. El Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud es el marco básico para afrontar el futuro desarrollo de la formación continuada y la ubicación de la Comisión de Formación Continuada del Sistema

Nacional de Salud". Tras numerosas reuniones de la Comisión Gestora con las diferentes Comunidades Autónomas se logró alcanzar un gran consenso con todas las partes afectadas. En reunión del 5 de diciembre de 1997 el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud según se desprende el acta de la sesión se aprobó por unanimidad el convenio de la Conferencia Sectorial sobre Formación Continuada de las profesiones sanitarias. El acuerdo fue publicado en el BOE de 13 de febrero de 1998. La Comisión de Formación Continuada(F.C) se ponía en marcha en Sevilla el 22 de enero de 1998, bajo la presidencia del entonces Subsecretario de Sanidad y Consumo, Enrique Castellón Leal, siendo Ministro José Manuel Romay Becarí, que apoyó decididamente la creación de esta Comisión. Para delimitar el campo. Solicité a través de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo. Al Consejo de Universidades Españolas: CRUE, que se pronunciara sobre las ramas académicas que podrían afectar a la formación continuada de las profesiones sanitarias, inclinándose por las integradas en la formación MIR, Medicina, Farmacia, Bioquímica, Radiofísica, Psicología Clínica, Enfermería, también se incorporó a dicha comisión, la Odontología.

Dicha Comisión se reunía periódicamente tanto en el Ministerio de Sanidad y Consumo, como de forma descentralizada en las Comunidades Autónomas. Su organización estaba compuesta por un representante del Ministerio de Educación, otro del Ministerio de Sanidad, un representante de cada una de las Comunidades Autónomas, Universidades, Organizaciones Profesionales, Consejo de Especialidades y Sociedades Científicas. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud de 14 de diciembre de 1998 refrendó el trabajo que realizamos para elaborar el Sistema de Acreditación de las actividades formativas, así como la acreditación de las instituciones proveedoras. También se elaboraron los criterios de formación continua, los baremos y los formularios unificados para todas las Comunidades Autónomas, conectados en una red informática, lo que constituyó un avance de gran trascendencia para el Sistema Nacional de Salud. Mi satisfacción personal era plena, al ver cumplido los deseos del Profesor Segovia de Arana de 1978, en aquel momento 20 años después, ambos nos felicitamos mutuamente, siendo un eslabón más de nuestra amistad.

Durante 1998 se realizaron en el Ministerio de Sanidad y Consumo varias jornadas con el objetivo de fomentar esta nueva etapa de la F.C y voy a destacar las dos más importantes por su repercusión, no sólo mediática sino también en el desarrollo de esta nueva etapa: la primera se celebró el 18 y 19 de junio de 1998 en Madrid, en la Palacio de Zurbano, un seminario sobre el Sistema de Acreditación de F.C, con la asistencia del Ministro de Sanidad y con la participación del profesor Dr. Murray Kopelow, director ejecutivo y secretario del Consejo de Acreditación para la Educación Médica de los EE.UU (ACME), que asesoró a la Comisión de F.C del Sistema Nacional de Salud. El profesor Alfonso Moreno, Catedrático de Farmacología. En su ponencia presentada en el II Encuentro sobre la Formación de los Profesionales de la salud, sobre Especialidades y áreas de capacitación específica en el Sistema Española, dentro del contexto europeo, Madrid 20 a 22 de abril de 1998, indicaba: “La formación profesional del médico español en sus diferentes especialidades médicas, está también al máximo nivel y en el mismo orden en donde puedan estar los aspectos formativos médicos de los países que nos preceden en otros aspectos del desarrollo, ya sea el industrial, el tecnológicos o el económico, y es sensato pensar que esta formación avanzada es notablemente superior ahora, a la existente en España hace tan sólo 20 años”.

Quiero señalar también la labor que desempeñé en aquellos momentos en el ámbito del desarrollo profesional permanente de gran utilidad para el desempeño de las competencias profesionales, la Fundación IDEPRO (Instituto de Formación y Desarrollo Profesional) que tenía como objetivo la creación de una estructura para el desarrollo profesional, desde la experiencia de los médicos de familia, basada en una especial sensibilidad para el desarrollo profesional continuo. IDEPRO, cuyo Presidente era Felipe Chavida, surgió para dar respuesta a las necesidades detectadas en el campo de la formación en la atención primaria, que va ligada a las necesidades reales de los pacientes que se plantean diariamente en las consultas de los Centros de Salud. En aquella época acepté ser Vicepresidente de dicha fundación para fomentar el desarrollo y proporcionar la calidad de la formación de los sanitarios que sin duda iba a repercutir cualitativamente en la calidad asistencial, por lo que consideraba imprescindible la participación de todos los sectores implicados, que fue uno de los objetivos básicos al comenzar esta andadura para la vertebración y fomento de la F.C.

El sistema acreditador y la composición de la Comisión de F.C. de los profesionales sanitarios fue regulada con posterioridad por el Real Decreto 1142/2007 de 31 de agosto. Fue una satisfacción para mí, participar en el 20 aniversario de la creación de la mencionada Comisión, cuyo acto se celebró en el salón de Actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad y muy bien organizada por el Secretario de la Comisión Luis Pallarés, con la asistencia del ex ministro José Manuel Romay Becarías, presidente del Consejo de Estado, y otras personalidades relacionadas con la F.C. Al finalizar el acto estuvimos conversando sobre los grandes avances que había supuesto la creación de la mencionada Comisión, y el gran desarrollo que había tenido para los profesionales sanitarios, las repercusiones que habían tenido en la calidad y avances en la asistencia sanitaria. Quiero destacar en las tareas de formación, la colaboración de la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, en los últimos años. En especial la llevada a cabo por el profesor Juan Antonio Vargas Catedrático de Medicina Interna y Decano de la Universidad Autónoma de Madrid.

Como colofón de este epígrafe y dentro de la ordenación de las Profesiones Sanitarias tuve una activa participación en el diseño y aprobación de nuevas especialidades como la de Formación Industrial y Galénica, la de Inmunología para farmacéuticos, en la que colaboró muy activamente la Real Academia Nacional de Farmacia (RANF) con su entonces presidente Reol Tejada. Fue constante mi participación con los Presidentes, María Teresa Miras Portugal, Mariano Esteban y Antonio Doadrio, con los que he venido trabajando como Secretario-Académico de la Fundación de la RANF. También dentro mis relaciones con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en especial con su Presidenta Carmen Peña que ha sido en los últimos años Presidenta de la FID, ahora Pass President. Con todos ellos mantengo una buena amistad. Así es de señalar la ampliación de especialidades de enfermería, quedando pendiente de su regulación las especialidades de odontología, cuestión importante no afrontada por los últimos gobiernos tanto del PSOE como del PP. Tan sólo España y Luxemburgo dentro de la Unión Europea, no tienen una regulación oficial de la especialidad de odontología.

13. La Investigación Sanitaria: el Instituto de Salud Carlos III

Mi compromiso ético y profesional, en la Ley General de Sanidad de 1986, fue la creación del Instituto de Salud Carlos III, junto a un equipo liderado por el prestigioso Doctor Rafael Nájera, de amplia trayectoria en el ámbito sanitario, siendo luego el primer Director General de dicho Instituto. En algún momento se cuestionó en nombre del instituto entre Alfonso XIII y Carlos III. El Instituto se ubicaría en el antiguo Hospital del Rey, haciendo referencia al rey Alfonso XIII, situado a las entonces afueras de Madrid y que acogía fundamentalmente a enfermos infecciosos y ahí se respiraba aire puro. Al final se eligió el de Carlos III por lo que significó su reinado con visión más amplia de la ciudad de Madrid.

Al Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) se le dedicó el Título VII de la Ley G.de Sanidad, constituyendo una de las grandes aportaciones de la Ley para el naciente Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de ser el órgano de apoyo científico técnico del Departamento de sanidad de la Administración del Estado y de los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas, con naturaleza de organismo autónomo de la Administración del Estado adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo.

El artículo 112 de este título VII de la Ley G. de Sanidad, establece que el ISCIII desarrollará las funciones de coordinación con el Consejo Interterritorial de Salud al que se refiere el art. 47 de dicha ley, en colaboración de otras Administraciones Públicas.

La puesta en marcha del ISCIII no fue una tarea fácil, recuerdo sus comienzos con el nombramiento del Dr. Rafael Nájera, al cual presté mi colaboración desde Presidencia del Gobierno en asuntos tan espinoso como el de la AISNA, la propia configuración de este instituto como Organismo Público de Investigación (OPI), que sólo lo tenía el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) o en la lucha contra el SIDA, donde dicho Instituto y el propio Director desempeñaron una gestión ejemplar. Rafael Nájera también fue el Presidente de la Sociedad Española Interdisciplinar del SIDA, Coordinador del Grupo de Trabajo

sobre la caracterización del virus VIH de la O.M.S y Director del Centro colaborador. El Dr. Nájera en la introducción de su libro “SIDA, de la biomedicina a la sociedad indicaba que: “Desde la O.M.S se ha puesto en marcha el programa global del SIDA desde el que se ayuda y estimula a los diferentes países del mundo a poner en marcha programas nacionales a través de acciones en tres áreas: biomédica, epidemiología sanitaria y sociológica-educativa”. Es interesante recordar que la familia Nájera, abanderada por su padre que fue médico a principios de Siglo XX en las antiguas colonias españolas en África sahariana, fue una familia de médicos dedicados a la educación sanitaria, Epidemiología, O.M.S.

Mi colaboración en el ISCIII, continuó también, muy posteriormente, desde la Dirección del Patronato de Fundaciones del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte a través de la tramitación y asesoramiento de las Fundaciones del ISCIII, Centro de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Centro de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) y el Centro de Investigaciones Neurológicas (CIEN). Con posterioridad la Fundación Pro-Cenic de apoyo económico al CNIC, de cuyo patronato forman parte prestigiosas empresas de nuestro país.

Mi última etapa que desarrollé en el ISCIII con cuyo organismo me he sentido siempre muy identificado y al que le tengo mucho cariño, por eso quiero destacar algunos momentos importantes en los que participé activamente: bajo la dirección del Dr. Antonio Campos, la celebración del Bicentenario de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna 1803-2003. Francisco Xavier Balmis, cirujano de cámara de Carlos IV por decisión de dicho monarca se convirtió en el responsable de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, con el fin de llevar la vacuna de la viruela a los territorios hispanoamericanos y así poder afrontar la grave pandemia que se padecía en aquellos lugares y que provocaba una gran mortalidad. La precariedad de los medios de conservación para el transportar la vacuna en óptimas condiciones hasta las colonias de ultramar, llevó a Balmis a tomar la decisión de introducir la vacuna en el organismo de 22 niños, que fueron en la expedición con la enfermera Isabel Sendale, a los que se les iba inoculando progresivamente. En esta línea Gonzalo Díaz de Iraola escribió el libro: “La vuelta al mundo de la expedición de la vacuna (1803-1812), editado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en 2003. El 30 de noviembre de

1803, Balmis salió del puerto de La Coruña en la corbeta María Pita con la gran Expedición Filantrópica de la Vacuna. Fue un hito para la Medicina Preventiva, que tenía sus comienzos en aquella época cuando Edward Jenner descubría la vacuna. Para conmemorar esta gran hazaña tan importante por su solidaridad como por su destacable comportamiento humano y para rendir homenaje a esta gesta, se creó la Comisión del Bicentenario de Balmis, celebrándose numerosos actos en Madrid, La Coruña y Valencia en los que también participó la Casa Real Española y fuimos recibidos por los Reyes en el palacio Real de la Zarzuela en un acto conmemorativo. Balmis se convirtió en el primer preventivista de la época, tuvo una gran trascendencia científica e investigadora en los sucesivos tiempos y fue precursor de la educación sanitaria, hoy entendida en sentido más global, como educación para la salud, incluida ya en prácticamente todos los programas que se llevan a cabo en los Equipos de Atención Primaria dirigidos a toda la población según edades y según temas específicos como son: alimentación y nutrición, diabetes, obesidad, salud mental, fibromialgia, medioambiente, prevención de riesgos, participación ciudadana y un largo etcétera. El Instituto de Salud Carlos III ha venido configurando para potenciar, desarrollar y ofrecer servicios científicos y tecnológicos de alta calidad, dirigidos al Sistema Nacional de Salud y a toda la sociedad con el objetivo de potenciar la investigación sanitaria en el ámbito de Ciencias de la Salud y de la Vida, priorizando la dinamización del tejido científico y la masa crítica investigadora en el contexto europeo. En esta línea de actuación, la participación de los investigadores españoles en los proyectos europeos, ha venido desempeñando un protagonismo importante. Las actividades de planificación de la política científica, los agentes del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología y el desenvolvimiento de las investigaciones básicas y clínicas, han venido fomentando el desarrollo de las actuaciones del Instituto de Salud Carlos III, que ha participado como financiador y coordinador de las Redes Temáticas de Investigación que se han venido llevando a cabo. Paralelamente la consolidación de la investigación científica en redes, con el aval de la comunidad científica internacional. Con posterioridad el ISCIII creó los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBERs) que se constituyen como consorcios entre instituciones a las que pertenecen los grupos de investigadores seleccionados con personalidad jurídica propia y capacidad para poder gestionar recursos humanos y económicos. En los CIBERs el ISCIII asume la financiación, evaluación

y dirección estratégica. Estos Centros agrupan a unidades de investigación de las Universidades, Organismos Públicos de Investigación (OPIs), Instituto de Investigación de los Hospitales de las Comunidades Autónomas, también transfieren tecnología con la posibilidad de participación en el sector productivo. Las áreas de bioingeniería, biomateriales y nanotecnología son sus áreas principales, entre otras, de actuación contemplando nuevas herramientas diagnósticas y una mejora significativa en el tratamiento de patologías oncológicas, que afectan al Centro de Investigaciones Oncológicas (CNIO), cardiovasculares relacionadas con el Centro de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), de las neurodegenerativas, con la Fundación CIEN. Todos esos Centros de Investigación están integrados en el ISCIII. También están, los objetivos de la investigación con células madre con fines terapéuticos, ya que España está en una línea muy avanzada en estos proyectos para el avance de las Ciencias Biomédicas y de la Salud, con beneficios muy importantes para el paciente, especialmente para los que padecen determinadas enfermedades como es el Alzheimer o la diabetes. En el futuro esta investigación redundará en el aumento de la calidad de vida y en el bienestar de muchas personas. En la línea de la terapia celular se crearán consorcios de investigación públicos y privados. La regulación, la autorización y el control de los ensayos con células madre ha sido un paso importante.

Otro hecho fundamental para el ISCIII por su trascendencia y posterior repercusión fue la creación de los Institutos de Investigación Sanitaria. Busqué el apoyo de mi querido amigo, ya fallecido, Juan Rodés, investigador y hepatólogo que fue el Presidente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y que me acompañó en las 17 jornadas que celebramos con las Comunidades Autónomas, en colaboración con Medical Economics, siempre con la presencia de los Consejeros, con el fin de impulsar la Investigación Biomédica y la creación de los Institutos de Investigación en los Hospitales. Jornadas de gran repercusión y trascendencia para lo que hoy ya son realidad, en la mayoría de las Comunidades Autónomas. La Investigación Biomédica en Ciencias de la Salud y de la Vida, fomentada por el ISCIII, ha supuesto una dinamización del tejido científico sanitario en el ámbito de la investigación traslacional para acercar sus beneficios a los pacientes, ofreciendo servicios científicos y tecnológicos de alta calidad, al Sistema Nacional de Salud, repercutiendo en un aumento de calidad de vida y bienestar de muchas personas.

Por otro lado, he llevado a cabo continua difusión de la marca “ISCIII” que difundí en periódicos y revistas especializadas, tertulias, programas de radio y asistencia a numerosos actos del sector sanitario y de la investigación, siempre acompañado y avalado por profesionales de reconocido prestigio. Como anécdota contaré que cuando me incorporé al ISCIII, me decían haberme incorporado a la Carlos III, Universidad. Mi respuesta era categórica: no: al Instituto de Salud Carlos III. De ahí mi dilatada preocupación por el conocimiento de la institución en la que me he sentido tan orgullosos y satisfecho. El ISCIII, dentro de la Investigación Científica tiene que contribuir expresamente al progreso científico y al bienestar de los ciudadanos y también aportar el desarrollo de la persona en el amplio sentido de la palabra. La Biogenética tiene que jugar un papel importante para todos los que trabajamos en el sector salud. Freeman John Dyson, matemático y Físico del Reino Unido que ha trabajado en numerosas Universidades de prestigio en EE.UU, en su libro “El Sol, el Genoma e Internet”, puso de manifiesto su condición de científico humanista al saber relacionar la intervención de estos tres ámbitos científicos, cuya proyección puede indudablemente aplicarse a la mejoría de la condición humana. Dyson señalaba que ofrecer igualdad de acceso a internet es técnicamente más fácil que ofrecer igualdad de acceso a la vivienda o a la asistencia sanitaria. En esta misma dirección, José Manuel Sánchez Ron en “Ciencia, Tecnología y Humanidad”, decía que el acceso universal a internet no resolverá todos nuestros problemas sociales, pero será un gran paso en la dirección correcta. Internet está cambiando la formación médica investigadora y contribuyendo al avance científico y al incremento de las nuevas tecnologías. El factor humano es el cimiento básico y dinamizador de cualquier actividad científica, de ahí las consecuencias éticas que hay que preservar por encima de todo. La sociedad cambia a un ritmo vertiginoso pero a pesar del gran avance de la salud digital y de las nuevas y emergentes tecnologías, las telecomunicaciones y los nuevos procesos innovadores de desarrollo, el potencial humano es y seguirá siendo el núcleo vital de la investigación científica biomédica y la humanización de la asistencia sanitaria. La genética va ocupando un papel decisivo en la investigación sanitaria puesto que el genoma es un elemento básico para la medicina personalizada y de precisión. En un futuro, por ejemplo en el campo de la nutrición, se podrá diseñar una dieta personalizada de acuerdo con el análisis de nuestro genoma, así pues el paciente podrá consumir una dieta preventiva, se-

gún sus factores de riesgo. Existen medicamentos que pueden frenar el impacto del cáncer, según el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU, especialmente el carcinoma de colon. Del mismo modo podemos hablar de alimentos que reducen la diabetes mellitus tipo 2, que si se previene puede evitar graves problemas de salud, que muchos ciudadanos todavía desconocen. El genoma está suponiendo una clave muy importante y de gran impacto en el desarrollo de la investigación científica, que debemos tener muy presente en los tiempos que nos ha tocado vivir.

En una Conferencia que pronuncié en Castilla La Mancha (Toledo) sobre la Formación y la Investigación, pilares para el desarrollo sostenible, señalaba que: “España debe tener una participación más activa en el Consejo Europeo de Investigación, especialmente en la investigación de las Ciencias de la Salud y de la Vida. En la investigación biomédica española no deben existir compartimentos estanco ni encorsetados y no puede ser individualista, ni endogámica, a pesar de que este problema haya existido siempre en España y con bastantes frecuencia. La Comisión Europea creó el Consejo Europeo de Investigación, que pretende apoyar a los mejores cerebros para situar a la Unión Europea en una posición competitiva a nivel mundial en el ámbito de la investigación científica con el objetivo básico de incrementar el atractivo de Europa como sede de investigadores y como fábrica de ideas. Una vez más hay que insistir en las palabras del premio Nobel Ramón y Cajal cuando apostillaba: “Toda persona, si se lo propone, puede esculpir su propio cerebro”.

En aquella época a su regreso de los EEUU, conversé con Severo Ochoa sobre su constante preocupación por la coordinación de la investigación científica en España, que en su momento puso en manifiesto Santiago Ramón y Cajal. Hoy todavía está latente esta problemática y es uno de los retos más importantes. Es necesaria una profunda coordinación a nivel de Estado, de todos los recursos existentes, tanto humanos como materiales, para poder sacar mayor rendimiento a la investigación científica en España. Espero que el deseo de Severo Ochoa se convierta pronto en realidad y no quede una vez más, en frustración.

En un futuro próximo las grandes inversiones deben orientarse hacia aquellos centros, grupos o estructuras cuyas actividades y resultados permitan garantizar una investigación de alto nivel motivadora, de profe-

sionales con rigor intelectual, y competitiva con la de otros países. Paralelamente es decisivo el desarrollo y promoción de la telemedicina y la salud digital, para la difusión de los avances científico técnicos y apoyo temático a los investigadores. La investigación básica debe ser un caudal que fluya hacia las necesidades más prevalentes, de manera traslacional. Los ciudadanos tiene que conocer los avances científicos y los investigadores y gestores, que día a día se dedican al fomento de la investigación deben saber cuáles son las necesidades de los pacientes y sus problemas, para poder aportar soluciones en las que se pueda ir avanzando.

La Ley de Investigación Biomédica de 3 de julio de 2007 y el Real Decreto de 18 de noviembre de 2011, que desarrolló la normativa referente a los biobancos, ofrecen garantías jurídicas para el correcto equilibrio entre la protección de los derechos y el fomento de la investigación. Este es el principal valor añadido y el mayor logro de la norma. La citada ley logra un equilibrio que garantiza ambos objetivos, por un lado asegurar el respeto hacia los derechos humanos y por otro, incentivar la investigación biomédica imprescindible para mejorar el bienestar de la sociedad y una percepción de seguridad por parte de los pacientes. El objetivo básico de la Ley de Investigación Biomédica es que los ciudadanos se beneficien de los nuevos logros científicos que se puedan derivar de la misma para el tratamiento y la prevención de las enfermedades, algunas de ellas sin alternativas terapéuticas en la actualidad, pero que este beneficio potencial se ajuste a los criterios éticos y jurídicos establecidos. Posteriormente la Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación de 1 de junio de 2011 construirá un sistema productivo más sostenible y estable a largo plazo. Esta ley tiene un marcado carácter reformista, garantista y posibilista, ya que tiene el objetivo de consolidar a España entre los países con mayor producción científica, mejorando la capacidad para transmitir el conocimiento y la innovación. En esta línea, la Acción Estratégica en Salud (AES) que viene llevando a cabo el ISCIII, contempla actividades de investigación e innovación como elemento esencial en la generación de nuevos conocimientos destinados a preservar la salud y el bienestar de la ciudadanía, la vez que aumenta la inversión pública y privada en I+D y amplía la producción científica internacional.

En un artículo que publiqué en El Global sobre “Un impulso necesario para la investigación biomédica”, expresaba que es necesario potenciar

los recursos humanos de la investigación sanitaria para lo cual deben consolidarse equipos en los que estén involucrados los diferentes profesionales de las Ciencias de la Salud y de la Vida que, con sus diferentes puntos de vista, diseñarán programas específicos considerando al grupo de población a la cual se van a dirigir puesto que conseguir unas mayores cotas de salud tiene que ser el objetivo y el compromiso con los ciudadanos de todos los que día a día trabajan como profesionales en el sector sanitario. También quiero destacar el papel fundamental que viene desarrollando la Agencia Estatal de Investigación (AEI), instrumento básico para la gestión y financiación competitiva de los recursos económicos del sector público, destinados a las actividades de Investigación, Desarrollo e Innovación.

14. La Sanidad descentralizada: el Estado de las Autonomías

LA Ley General de Sanidad de 1986 marca el horizonte de la descentralización del Sistema Nacional de Salud, al dedicar en su título II a “Las competencias de las Administraciones Públicas”. En su capítulo primero dedica los artículos 28 a 40, a las competencias del Estado, destacando fundamentalmente. Para no enumerarlas todas, señalo las competencias exclusivas del Estado, recogidas en el artículo 149.1 de la Constitución, de la que se celebró el año pasado el 40 aniversario y que trajo la democracia al país. En la misma ley se contempla, en el capítulo segundo, del Título II. Las competencias de las Comunidades Autónomas y en su artículo 41 apartado 1, recoge: “Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y los que el Estado transfiera, o en su caso los delegue. Añadiendo en su epígrafe 2. “Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta ley, que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas”.

Es a partir de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad cuando comienza la descentralización sanitaria, que afectará a todo el Sistema Nacional de Salud, creado por la mencionada ley. Se plantea, a mi juicio, una descentralización política que se llevará a cabo por los Estatutos de

Autonomías, pero no existía una descentralización administrativa, como en otros países de nuestro entorno europeo como en Alemania los *Länder*, o en Francia, las *Regiones*. Carecíamos de una verdadera y eficiente descentralización administrativa lo que a medio plazo, dada la premura de las transferencias autonómicas en sanidad ha venido planteando no pocos problemas, en algunos casos no solventados todavía, como el de las desigualdades existentes entre diferentes Comunidades Autónomas, además de las Ciudades de Ceuta y Melilla. Con este panorama se empezaron a realizar las transferencias. Cataluña fue la primera en mover los mimbres para conseguir su autonomía. No se había terminado la vertebración del INSALUD cuando los catalanes presionaban al gobierno de Adolfo Suárez, a través de su presidente Josep Tarradellas para la aprobación del Estatuto de Sau, que tomó el nombre del lugar donde se elaboró el anteproyecto y que fue aprobado por referéndum, del pueblo catalán el 25 de octubre de 1979 con una participación del 59.7% y aprobado por Ley Orgánica 4/1979 de 18 de diciembre, constituyéndose Cataluña como Comunidad Autónoma, que tuvo su precedente en el Estatuto de Autonomía de Cataluña de 1932, aprobado durante el primer bienio de la Segunda República Española, siendo el primer estatuto de autonomía.

Nuestra Constitución de 1978 dedica el título VIII a la Organización Territorial del Estado y, en concreto el capítulo Tercero dedicado a las Comunidades Autónomas (artículo 143 a 158). En concreto, el artículo 147 en su apartado 1, establece y para una mejor comprensión, “Dentro de los términos de la presente Constitución, los Estatutos serán la norma institucional básica de cada una de las Comunidades Autónomas y el Estado las reconocerá y amparará como parte integrante de su ordenamiento jurídico”. El Título VIII fue muy polémico, su elaboración la viví de cerca, todas las dificultades de configuración que el Estado de las Autonomías planteaba, dada la premura para dotarnos y aprobar la Carta Magna. En 2018 se cumplieron los 40 años desde su aprobación y se planteó una posible reforma de la Constitución, consulté a varias personas expertas y compañeros míos, sin dar nombres, opinaban de la necesidad de la reforma del Título VIII buscando un consenso una vez vista y vivida la realidad de la autonomías, para adaptarlas a las exigencias reales y actuales de los ciudadanos. En España todavía existen numerosas estructuras administrativas, como son las provincias, las diputa-

ciones y además las 17 Comunidades Autónomas, más Ceuta y Melilla, por lo cual hay que plantearse una descentralización administrativa más eficaz, sostenible y eficiente, pensando en el futuro. Algunas de las leyes orgánicas de los Estatutos de Autonomía, han sido modificadas posteriormente, por otras leyes de igual rango, aumentando los derechos de los ciudadanos. Estos Estatutos de Autonomía son el eje básico de nuestro Sistema Territorial Autonómico, elaborados de acuerdo con nuestra Carta Magna y bajo los principios de la democracia, libertad y respeto para todos los españoles, por lo que opino que hay que continuar con estos principios indicados y perfeccionar el Estado de las Autonomías y su proyección y desarrollo.

Volviendo a la sanidad, la Sociedad Científica Española de Epidemiología, señalaba recientemente que la salud no depende de fronteras, opinión que comparto plenamente y que es totalmente aplicable a nuestra sanidad autonómica y al Sistema Nacional de Salud que es uno de los mayores logros de la democracia. En la Ley General de Sanidad se contempla la figura de la Alta Inspección, recogida en su capítulo cuarto del Título II y en concreto en su artículo 43: “El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes”. A mi juicio es una institución importante para la Alta Dirección del Sistema Nacional de Salud y debería ser ejercida de una manera más efectiva por el Ministerio de Sanidad, competencia fundamental de este Departamento en la supervisión y desenvolvimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud.

En el mismo capítulo cuarto, artículo 47.1 de la Ley General de Sanidad aparece la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que estará integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado. En el apartado segundo de este artículo se determina: “El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la Administración estatal y coordinará entre otros aspectos, las líneas básicas y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es un órgano muy importante para el desenvolvimiento de la política sanitaria del Estado de las Autonomías y así se concibió cuando se elaboraban estos artículos 47 y 48 en los años 1985-1986. El Ministro de Sanidad y Consumo, García Vargas, en 1987 puso en marcha el mencionado Consejo Interterritorial. Los primeros consejos de aquéllos años a los que tuve el honor de asistir, tenían un amplio consenso en los asuntos que se trataban, se aprobaban y se terminaban cumpliendo por todas las Comunidades Autónomas. Se podía decir muy claramente las buenas relaciones existentes entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas. Las reuniones comenzaron siendo descentralizadas, cada reunión se realizaba en una Comunidad Autónoma diferente, siendo la anfitriona la Consejería que asumía la celebración de la reunión y preparaba la infraestructura para recibir a todos los integrantes del Consejo. Se establecieron unas reuniones muy cordiales que proporcionaba un amplio consenso. En este sentido quiero destacar la labor positiva y decisiva de las Consejerías de Sanidad del País Vasco representada por Iñaki Azcuna, que después fue alcalde de Bilbao y el de Cataluña que después, también fue alcalde de Barcelona: Javier Trías.

En los últimos años no he participado activamente en dicho Consejo Interterritorial pero sí lo he seguido de cerca, y me preocupan las desigualdades que se producen entre diferentes Comunidades Autónomas, por lo que en mi opinión sería necesario que las decisiones que se adopten sean vinculantes para todas las Comunidades Autónomas, con lo cual se conseguiría un Sistema Nacional de Salud más justo, solidario y equitativo para todos los ciudadanos, para lo cual sería necesario el cambio y adecuación de la normativa que regule dicho Consejo Interterritorial.

Quiero señalar la importancia del Informe Abril en el que se llevó a cabo un análisis del Sistema Nacional de salud y proponía una serie de medidas para su aplicación. La Comisión que lo elaboró estaba presidida por Fernando Abril Martorell y lo presentó en el Congreso de los Diputados el 25 de septiembre de 1991, con anterioridad había sido expuesto al Ministro de Sanidad y Consumo, Julián García Valverde. En dicha comisión participaron: José María Segovia de Arana, Enrique Costas Lombardía, Rafael Bengoa, entre otros. Hay que destacar que algunas medidas que contenía el Informe Abril, en el devenir del tiem-

po, han sido incorporadas a nuestro Sistema Nacional de Salud y colaborando al perfeccionamiento del desarrollo y sostenibilidad de la sanidad autonómica, que ha venido realizando grandes esfuerzos a pesar de la crisis económica para ofrecer unos niveles de calidad asistencial basado en sus profesionales. Nuestro Sistema Nacional de Salud dentro del ámbito autonómico ha realizado grandes esfuerzos económicos muy importantes para contribuir a su consolidación y equilibrio estableciéndose un marco financiero con estabilidad y corresponsabilidad, teniendo en cuenta la ordenación de las prestaciones para acercar la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos, bajo el principio de universalidad. El coste de nuestro Sistema Nacional de Salud es comparativamente bajo y los resultados en salud son perfectamente comparables en igualdad de condiciones con Alemania, Francia o Reino Unido. Los Sistemas de Salud de los países que integran la Unión Europea se financian y tienen un funcionamiento diferente, pero tienen en común problemas y retos que tienen que afrontar. La sanidad autonómica también debe tener muy presente a la Unión Europea, puesto que la salud es uno de los instrumentos dinamizadores del progreso social contribuyendo de una manera directa en el bienestar de todos los ciudadanos.

Tras el proceso paulatino de la vertebración de la sanidad autonómica, con sus Estatutos de Autonomía y sus leyes sanitarias y volviendo a la Ley General de Sanidad, pienso que esta ley necesita una puesta al día, dadas las necesidades y demandas actuales y al Estado le toca gestionar una nueva estructura central con una proyección en áreas muy importantes como la formación, la investigación, la acreditación y evaluación de medicamentos y productos sanitarios de acuerdo con las nacientes tecnologías biomédicas y una profunda reforma de la sanidad exterior ya que empiezan a reaparecer patologías, ya casi olvidadas, como la tuberculosis, que habría que afrontar así como otras, de origen vírico e infecciosas, que habría que prevenir su incipiente desarrollo.

Uno de los puntos básicos para la mejora y consolidación del S.N.S es la Ordenación de las Prestaciones Sanitarias con el objetivo de hacer más efectivo el derecho a la protección de la salud y facilitar a los ciudadanos el conocimiento efectivo del alcance de sus derechos en este ámbito, favoreciendo el acceso generalizado y la mejor utilización del sistema.

De manera paralela hay que establecer estrategias para instaurar un diálogo permanente con los profesionales del sector, los interlocutores sociales, los líderes de opinión y los medios de comunicación. Existe un consenso generalizado sobre la necesidad de adoptar una serie de medidas que mejoren satisfactoriamente el sector público de la sanidad en España y para acometer dichas medidas es necesario diseñar una estrategia que suponga la ejecución de medidas y actuaciones que, a medio plazo, integrarán el conjunto de las reformas sanitarias. Durante la ejecución de las medidas se irán despejando muchas incógnitas sobre qué modelo organizativo es mejor para España. Las medidas y actuaciones tienen que incidir directamente en una triple vertiente: la gestión, la organización y el gasto.

Una vez culminada la descentralización administrativa a las comunidades autónomas, es preciso abordar un incremento de la calidad, de acuerdo con las nuevas y emergentes tecnologías, para lo cual hay que tener muy presente, por un lado a los profesionales y por otro a los pacientes y ciudadanos. En definitiva, son dos núcleos ineludibles para dinamizar cualquier reforma que lleve, en el momento oportuno, al gran pacto de Estado para la Salud. Para ello hay que ir formando a las personas capaces de hacerlo, bajo una gran dosis de humildad socrática, diálogo permanente y capacidad de ilusionar a una sociedad cuyos valores son inherentes a la condición humana, factores indispensables para acometer una labor de responsabilidad de salud para todos.

15. La Educación para la Salud: su papel e importancia

LA salud adquiere cada día más relevancia para los ciudadanos. La salud es uno de los instrumentos dinamizadores del progreso social, que contribuye al aumento del bienestar social de la población. En la actualidad, la salud constituye una de las preocupaciones principales de los ciudadanos. La educación para la salud, versus educación sanitaria, es un concepto moderno, apoyado por la Organización Mundial para la Salud (OMS), el Consejo de Europa (CE) y la American Board of International Medicine que tiene un amplio contenido científico y sobre

todo, comunitario. Esto conlleva el compromiso de tener mayores conocimientos de la comunidad, la situación social del ciudadano y la familia con la que convive, para poder entender mejor su relación salud-enfermedad. El informe Lalonde sobre la Nueva Perspectiva para la salud de los canadienses proporcionó, a partir del año 1980, un marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud y así poder elegir los medios que puedan satisfacerla. Dicho marco conceptual se basa en la subdivisión de la salud en cuatro determinantes generales: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención en salud. En la misma línea, la protección de la salud por parte de los poderes públicos es uno de los asuntos de mayor trascendencia para los ciudadanos, es una consecuencia inmediata de respeto al ciudadano enfocada bajo el prisma de una concepción moderna y democrática de la vida. Éste ha sido el horizonte de lo que cada día venimos trabajando en la construcción de la Europa de los ciudadanos, en definitiva, en la Europa saludable y del bienestar. Hace unas décadas era impensable el acunamiento y agrupación de saberes y conocimientos bajo la denominación de educación para la salud, un concepto que tiene un amplio contenido científico y sobre todo, comunitario. Ello significa tener un mejor conocimiento de la comunidad, el entorno y comprender mejor la situación social de la familia con la que se convive. Esta cercanía hace que el propio ciudadano o paciente se sienta más comprendido y a la vez, más protegido. Una herramienta para conseguir innovación, es la educación para la salud. Cuando se habla de educación, como decía Ortega y Gasset, se habla de crear, de hacer algo mejor y de perfeccionar lo que hacemos. La educación para la salud debe tener como horizonte concienciar a la población sobre la importancia que tiene la prevención y el diagnóstico precoz en la lucha contra la enfermedad y el fomento de los hábitos saludables, evitando los que son nocivos para la salud, teniendo como ejes por un lado la sociedad y por otro, el Sistema Nacional de Salud. La enseñanza de hábitos saludables ocupa un papel muy importante y significa que los escolares deben adquirir conocimientos, habilidades y actitudes a lo largo de su etapa educativa y formativa, que les permitan desarrollar comportamientos sanos y seguros, para que luego puedan y deban repercutir en el presente y futuro de su vida. La educación y formación para la salud es uno de los objetivos que los poderes públicos deben afrontar con más profundidad para que los ciudadanos sean protagonistas de sus propias decisiones ya que un buen uso racional de los bienes y servicios

redundará en su propio beneficio, siendo ciudadanos responsables como sujetos activos de la sociedad actual. Los incrementos de protección a la salud por parte de los poderes públicos y también por las actividades que realizan muchas asociaciones y entidades privadas, a las que no podemos olvidar, que deben ser un motivo de reflexión a tener en cuenta, ya que la participación activa de la población contribuye no sólo al progreso y al bienestar sino también al avance del desarrollo personal. El ciudadano tiene que aprender a cuidar no sólo de su salud, sino también de conocer y defender sus derechos y obligaciones de su entorno.

He trabajado durante muchos años, desde la época del INSALUD, en la Educación para la Salud, puesto que siempre he considerado un instrumento básico para la mejora de nuestro sistema sanitario. Mi especial vocación por la formación en Educación para la salud, me llevó a aceptar la propuesta de la Dra. María Sainz, pionera, creadora y presidenta de la Asociación de Educación para la Salud (1990), para que aceptase ser patrono de la Fundación de la Asociación de Educación para la Salud y que fuera su vicepresidente, lo cual acepté con mi compromiso expreso creando para dicha Fundación el acrónimo de FUNDADEPS (Fundación de Educación para la Salud). Se constituyó en diciembre de 2002. Hay que destacar la labor desarrollada por dicha fundación, dinamizando con sus actividades, las actuaciones tendentes al fomento de la salud, sobre todo dirigidas a la población joven y adolescente mediante un grupo de formación a formadores para que puedan desarrollar actividades posteriores.

La Educación para la Salud tiene que dar a la persona, un sentido positivo de la vida, ofrecerle información, motivación y participación para conseguir un estado físico y psíquico saludable. Además la promoción de la salud debe incentivar hábitos de vida saludables mediante la disminución del consumo de tabaco y alcohol, el fomento del ejercicio físico y las actividades deportivas, la participación del ciudadano en su entorno social, así como el fomento del consumo de dietas adecuadas que llevan a mejorar los estilos de vida y a prevenir muchas enfermedades. La formación de educación para la salud tiene cada vez una presencia más activa en España: en las universidades, los hospitales, los centros educativos, la comunidad escolar; así como la investigación donde los médicos, enfermeros, farmacéuticos, sociólogos, profesores, antropólogos y otros profesionales están trabajando activamente para involucrar a los ciudadanos en una serie de

hábitos de comportamiento que se dirijan a potenciar su salud y prevenir, en la medida de lo posible, la enfermedad. Esto es lo que denominamos la promoción integral de la salud, que es una herramienta básica para las Ciencias de la Salud y de la Vida. Y en esta dirección es necesario trabajar.

Hablar de educación para la salud significa conjugar y fundir los objetivos educativos de la población, en general y de los jóvenes en particular, con los objetivos sanitarios de proteger y promover la salud para prevenir la enfermedad. La O.M.S abordó en 1983, en su informe sobre “Nuevos métodos de educación sanitaria en Atención Primaria” que los profesionales abogarán por la causa de la salud tanto ante la población como ante las autoridades, teniendo en cuenta los factores políticos, económicos y ambientales. Así mismo la educación para la salud de la comunidad, de los escolares, de los pacientes y la de los trabajadores, exigirá la revisión de estrategias, objetivos, métodos y criterios de evaluación”. La educación para la salud debe estar conectada con las necesidades reales de los ciudadanos, que gracias al desarrollo de los programas de prevención y promoción se pueden evitar más del 70% de tipos de cáncer que tienen que ver con los estilos de vida: alimentación, tabaco, alcohol etc. Se cree que uno de los objetivos fundamentales es proteger la propia salud y la de la comunidad, lo cual exige el fomento de la cultura de la salud dentro de la sociedad, basada en valores como la solidaridad, el respeto y la tolerancia. Es de apreciar el esfuerzo de las fundaciones, de las sociedades científicas, de la industria farmacéutica y de otras organizaciones que están colaborando para que el ciudadano – paciente se sienta más informado, comprendido y a la vez, protegido destacando la importancia que tienen la prevención y el diagnóstico precoz en la lucha contra la enfermedad, para desarrollar ambientes saludables, evitando los que son nocivos para la salud. Es una labor que pueden desarrollar los profesionales sanitarios. Por poner un ejemplo, los farmacéuticos pueden desarrollar la labor de educación sanitaria para los usuarios que acuden a la oficina de farmacia a pedir información y consejo sobre temas de salud, que no requiere necesariamente la asistencia a la consulta médica. También los hábitos o estilos de vida que representan un 42% de los determinantes de salud, tienen mucho que ver con las actitudes, valores, normas y creencias que se adquieren en el seno de la familia y del entorno. De ahí la necesidad de acercar la educación para la salud a todos los ciudadanos.

En esta línea, ver el libro coordinado por mí y editado por la Revista MUFACE “El médico y la prevención”, en el que catedráticos especialistas, expertos en distintas ramas de la salud, expresan su opinión y sus recomendaciones para la prevención de la enfermedad y para el fomento de la salud. También en este contexto, la profesora M^a Rosa Munugarren, experta en Promoción y Educación para la Salud ha desarrollado una gran labor en este campo, a través de programas de Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Ha sido responsable de esta materia en el Instituto Nacional de Consumo y en la Escuela Nacional de Sanidad y Profesora de la Universidad Nacional a Distancia (UNED). Autora del libro “Seguridad y Prevención de Accidentes Infantiles”, dentro de un programa europeo de Escuelas Promotoras de Salud, aportando como telón de fondo experiencias vividas en las aulas, que como decía Platón, son los cimientos de la educación.

16. Luces y sombras de nuestro Sistema Nacional de Salud

COMO he dejado constancia en otro apartado del presente libro, nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), está entre los mejores del mundo, dentro del ranking de los diez primeros, otras fuentes hablan del sexto o del séptimo. En cualquier caso está muy bien valorado ya que nuestra propia población así lo estima. La salud continúa siendo una de las principales preocupaciones de los ciudadanos españoles, según el Barómetro del Centro Nacional de Investigaciones Sociológicas (CIS), de diciembre de 2018. De ahí que los poderes públicos deban prestar mayor atención a los servicios que ofrece nuestro SNS, para su normal desarrollo y sostenibilidad. Al hilo de la celebración del 40 aniversario de la Constitución Española se han puesto de manifiesto los pasos muy importantes para la consolidación y vertebración de nuestro SNS. Lo que hoy en día se conoce como la colaboración pública y privada, tan necesaria para afrontar y colaborar en un futuro no sólo en la sostenibilidad, sino también en todas las tareas de investigación en Ciencias de la Salud y de la Vida, que tanto aportan a los ciudadanos y pacientes.

La revista *El Siglo* en un suplemento especial del 3 de diciembre de 2018, dedicado a la conmemoración del 40 aniversario de la Constitución, recogía un interesante recuadro: “Tal como éramos”, con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), con aportaciones del Círculo de Empresarios del cual resumo, por su interés, el cambio producido en la sociedad española en los últimos años.

	1978	2018
Población total	36.255.708	46.443.296
Mortalidad infantil (x 1.000)	18,03	2,60
Gasto Sanitario, per cápita, en dólares	204	2.300
Mortalidad Accidentes Tráfico (personas)	4.500	1.160
Esperanza de vida, años	74,13	82,8

El estado de salud de los ciudadanos de nuestro país tiene un nivel muy aceptable, es indicativo señalar que la esperanza de vida de las mujeres supera los 83 años, lo que coloca a España en el primer país de Europa. La salud sólo se puede preservar en un ámbito estable de colaboración, paz y prosperidad entre los pueblos de Europa. Se viene trabajando en este espacio de cohesión para garantizar la protección y la promoción de la salud en el ámbito de la Unión Europea. Mi presencia vivida en Bruselas, me llevó a recordar que fue muy importante nuestra entrada en la Unión Europea en 1986, antes conocida como Comunidad Económica Europea, que supuso un gran avance en nuestro desarrollo a todos los niveles. A nivel de salud, caminamos para potenciar el compromiso de definir a corto y largo plazo una política sanitaria europea común, en concreto en los campos de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud pública, desarrollando la cooperación con terceros países y con organizaciones internacionales competentes como la O.M.S y la OPS (Organización Panamericana de Salud).

En definitiva, la Unión Europea ha creado el marco para lograr una sociedad más segura, más sana y más solidaria, puesto que el S.N.S no puede concebirse como un ente aislado, forma parte de la sociedad, sólo en un marco de progreso, la sanidad puede encontrar un desarrollo técnico, científico y social acorde con las necesidades de los ciudadanos. Hemos de continuar con la filosofía de cambio descentralizado y coor-

dinando efectivos que deberían ir ligados al progreso científico, en el ámbito de las Biociencias. Recuerdo al filósofo inglés, Cumberland, que decía que “es mejor gastarse que enmohecerse”, es decir, tenemos que continuar entre todos, el compromiso de la salud. Los pacientes tienen que ser el verdadero eje vertebral del SNS. Durante muchos años no se ha tenido en cuenta como centro vitalizador de nuestro sistema sanitario. Se produjeron diversos intentos de dar el auténtico protagonismo de nuestro sistema sanitario. Hay que destacar el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria llevado a cabo por el entonces Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), pero al cabo de los años, se quedó en el olvido. En la actualidad se ha vuelto a poner más énfasis en el paciente deba ser el verdadero protagonista del Sistema Nacional de salud, para lo cual es necesario y muy importante, contar con todos los agentes del sistema sanitario los profesionales implicados en él, así como los servicios sociales o asistenciales para que entre todos se pueda afrontar una vertebración realista de que el paciente sea el verdadero protagonista y partícipe. En esta línea tiene que colaborar también activamente, la industria farmacéutica, las fundaciones, los medios de comunicación y todos los agentes sociales de nuestra población para que así se pueda lograr el objetivo que llevamos años trabajando para conseguirlo.

No podemos olvidar la destacada labor que desempeñan cada día, con su esfuerzo, dedicación, muchas veces no reconocida, de los profesionales y facultativos del sector sanitario. Así pues el SNS ha alcanzado la naturaleza privilegiada de los bienes irrenunciables e inexpropiables. Sin embargo todavía existen insuficiencias tanto en el funcionamiento operativo de los servicios como en los resultados, medidos en condiciones de salud de la población española. Por ello es necesario hacer frente a los retos del futuro, porque debe adaptarse a los cambios sociales y a las diferentes demandas. Ello exigirá una reorientación de los servicios según lo cual, además de curar se tienen que realizar acciones tendentes a un mayor desarrollo de la promoción y fomento de una cultura de la salud y por eso es necesario implicar más a los ciudadanos, a través de las instituciones y organizaciones de voluntariado, de grupos de Ayuda Mutua y de la participación de los ciudadanos, así como potenciar y valorar el papel de Asociaciones de pacientes y familiares. Continuando con las luces del SNS, una de las luces más brillantes es la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) que este año cumple 30 años desde su

creación en 1989 en la que ha jugado un papel fundamental en su desarrollo y evolución el Dr. Rafael Matesanz, nefrólogo y también amigo con el que he compartido opiniones, inquietudes y trabajo desde mi época del extinguido INSALUD. El Dr. Matesanz convirtió la ONT en la líder mundial en donación de trasplantes, continuando su brillante labor Beatriz Domínguez – Gil quien lleva en la actualidad la dirección de la Organización Nacional de Trasplantes, que este año ha batido el record de conseguir 48 donantes por millón de población y superar los 5.318 trasplantes de órganos, con máximos históricos en trasplante renal y pulmonar, siendo España líder mundial durante 27 años consecutivos en donaciones. Es de señalar que 10 Comunidades Autónomas superan los 50 donantes por millón de población. Es necesario destacar la labor desempeñada por los profesionales de cuidados intensivos y de urgencias, en la coordinación de trasplantes, que ha sido clave en la mejora y calidad de los servicios prestados a los pacientes, que ha supuesto más de 14 trasplantes diarios, reduciéndose las consiguientes listas de espera. El máximo de donantes lo consiguió el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. El 14 de enero de 2019, la cadena TV 1, emitió un programa dedicado a los trasplantes dónde la participación de los profesionales del citado hospital, narraron las vivencias de una trasplantada.

En el orden económico hay que señalar que el SNS debe afrontar el reto de la elevación de los presupuestos públicos para la sanidad, que aunque se han realizado esfuerzos a pesar de la crisis económica, es necesario llevar a cabo y conseguir el objetivo de alcanzar el 7% del PIB, deseo y reivindicación de todos los profesionales que integran el SNS. En la actualidad estamos en torno al 6% del PIB y el aumento es necesario para la sostenibilidad del sistema sanitario y para afrontar los nuevos retos que la salud digital va a aportar. En estos aspectos económicos soy de la opinión que sería necesario establecer que los Presupuestos Generales del Estado para la Sanidad de las Comunidades Autónomas se dediquen exclusivamente para la sanidad y no para otros fines, para conseguir la estabilización que el sistema sanitario necesita. También los Fondos de Cohesión deben jugar un papel importante con un gran componente de solidaridad.

En el documento de trabajo n° 7, 2003 de la Fundación BBVA sobre “Gasto Sanitario y Envejecimiento de la población española”, elabora-

do por Namkee Ahn, Javier Alonso y José A. Herce, en donde se señala que "el gasto sanitario de carácter público, se financia con impuestos generales. No puede decirse que la sanidad pública presente déficit o superávit en sus cuentas. El indicador relevante en este caso es el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB y el concepto clave es el de sostenibilidad del gasto sanitario y, en caso negativo, su contención. No obstante con las transferencias de sanidad a las Comunidades Autónomas, en nuestro país la cuestión de financiación de la sanidad ha pasado a primer plano a través de un canal ajeno al concepto mismo de la provisión pública de los servicios sanitarios. Sin embargo un nivel equivalente de servicios sanitarios o que países en los que el gasto sanitario per cápita es muy bajo, tienen resultados muy dispares en materia de esperanza de vida ajustada por discapacidad, mientras que en países con elevado gasto sanitario no presenta mayor esperanza de vida con un costo varias veces menor....No obstante, en general el nivel de salud de la población será mayor cuanto mayor sea el gasto sanitario por habitante y cuanto mayor sea la proporción del gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total".

Respecto al ámbito privado de la sanidad y que es una parte del Sistema Nacional de Salud, también conviene destacar el Informe RESA 2018 de la Fundación IDIS, que tiene entre sus objetivos la medición de resultados en salud de la sanidad privada, de la que destacamos para mejor conocimiento, los siguientes datos:

- 1.380.436 altas hospitalarias que suponen un 26% del total de las altas hospitalarias públicas y privadas en España.
- 750.647 intervenciones quirúrgicas, un 48% del total de la actividad privada y un 15% del Sistema Sanitario Español.
- 2.676.218 consultas externas suponen un 15% de la actividad privada y un 3% del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- 4.735.640 urgencias hospitalarias suponen un 67% de la actividad privada y un 16% de la actividad total del sistema.

Por otro lado quiero referirme a otro factor que incide básicamente en sus directrices como en su profesionalización. Hemos venido asistiendo a una descentralización primero política y después administrativa, cuando tendrían que haber sido conjuntas y acompañadas en el tiempo. Se han dado pasos importantes en la profesionalización de los cargos en sa-

nidad, en especial en el sector hospitalario donde los gerentes van siendo más profesionales, ha sido un camino largo de recorrer. Recuerdo cuando era Director General del INSALUD, Francesc Reventós, que fue cuando se creó la figura de gerente, me decía como miembro del Consejo General del INSALUD, lo difícil que era encontrar profesionales de la gestión, que tuvieran algún conocimiento de la atención sanitaria, para optimizar los recursos no sólo de los facultativos sino de los aspectos económicos. Posteriormente se definían procedimientos quirúrgicos, cirugía mayor ambulatoria, listas de espera y mejoras de su gestión, planificación, pruebas diagnósticas, establecimientos de parámetros de mejora y calidad de la asistencia sanitaria.

También viví la instauración de la Atención Primaria, pilotada desde el INSALUD y su implantación dio unos resultados satisfactorios, a través de los Centro de Salud a la reconversión de los antiguos ambulatorios, para paliar el hospitalocentrismo que padecía el sistema sanitario en la década de 1980. Hoy la Atención Primaria necesita cambiar para ofrecer mejor asistencia a los ciudadanos. Existen pluripatologías de carácter crónico que deben ser tratadas con esmerada atención en los Centro de Salud, con una problemática que afecta no solamente al propio enfermo, sino también a sus familiares y/o cuidadores, que repercute a la sostenibilidad del sistema. Como observaba antes, la cronicidad y el envejecimiento de la población son las mayores sombras que tiene que afrontar el SNS, en mi opinión son dos cuestiones más graves que la deuda existente. Nunca me preocupó excesivamente las deudas de la Sanidad, INP, INSALUD y Sanidad Autonómica. Pero sí me preocupa desde hace años, la cronicidad y el envejecimiento cada vez mayor. La cronicidad constituye un problema de salud pública, en especial en los pacientes pluripatológicos. Si tenemos en cuenta que los pacientes son el eje vertebral del SNS, como antes he señalado. La problemática de la cronicidad va en aumento, lo que supone un reto para la sostenibilidad del sistema sanitario, por eso es necesario afrontar la cronicidad desde la Atención Primaria puesto que las enfermedades crónicas son la carga de trabajo principal de las consultas de los Centros de Salud, Según la Sociedad Científica SEMERGEN, el 80% de las consultas de Atención Primaria se deben a enfermedades crónicas, lo que plantea nuevos desafíos y necesidades que demandan los pacientes crónicos, lo que trae consigo una necesaria reestructuración para hacer frente a esta problemática desde la

perspectiva asistencial. Al respecto, el Dr. Guillermo Pombo Allés afirma que “la figura del médico debe transformarse e integrarse en un equipo asistencial, adoptando nuevos protagonismos junto a especialidades del ámbito hospitalario; la Enfermería; fisioterapeutas, trabajadores sociales, el propio enfermo y su familia, asociaciones de pacientes”. La Organización Médica Colegial (OMC), cuyo Presidente actual es mi buen amigo Serafín Romero, se ha pronunciado sobre la necesidad de una reforma de la Atención Primaria (AP), en concreto sus Vocalías Rural y Urbana, que han reclamado soluciones para una A.P. digna y de calidad, por mantener nuestro Sistema de Salud basado en sus características de longitudinalidad, continuidad asistencial y enfoque biosicosocial tal como lo conocemos, son necesarios cambios estructurales para su adaptación a la situación actual. La A.P. y sus mejoras, que son necesarias y evidentes acometer, es un asunto que viene preocupando tanto al Ministerio de Sanidad, a nivel del Estado, como a la asistencia sanitaria regional, prestada por las Comunidades Autónomas. Pienso que es muy conveniente lograr un consenso para llevar a cabo las reformas estructurales que la AP demanda, para afrontar los retos de la cronicidad y el envejecimiento que hay que plantear pensando en un futuro inmediato.

A continuación me voy a referir al envejecimiento, otro de los retos que también tiene que abordar el SNS para su consolidación, dado el incremento de expectativas de vida en España y la longevidad de la población. En el estudio reseñado en este epígrafe de la Fundación BBVA se afirma que “el envejecimiento no solamente se traduce en la intensificación de los cuidados y el gasto medio para el individuo representativo también implica cambios en la naturaleza de los cuidados de los mismos y en la incidencia de los principales problemas de salud entre la población...El principal resultado de un sistema sanitario eficiente se traduce en una esperanza de vida acrecentada y libre de incapacidades en la medida de lo posible”.

Cuando tenía responsabilidades en la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo y en el Ministerio de Sanidad y Consumo, una de mis preocupaciones fundamentales era la Formación vía MIR de Geriátrica, para lo cual comentaba con la Comisión Nacional de Geriátrica, la necesidad y la labor que en un futuro tenían que desempeñar los geriatras, en esta labor tuve el apoyo del Dr. José Manuel Ribera,

Catedrático de Geriátría, gran impulsor de esta especialidad tan necesaria en la planificación sanitaria y Jefe del Servicio del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y también patrono de la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS), de dicho hospital. La geriátría, a mi juicio, es una de las especialidades sanitarias que tiene que actuar en los parámetros, que ahora señalaré, para afrontar un envejecimiento de calidad, soy de los que pienso en “el arte de envejecer”. Dichos parámetros consistirían en afrontar para el normal desenvolvimiento de la salud de nuestros mayores teniendo muy presente la medicina preventiva, predictiva, de precisión y participativa del paciente mayor, para que él mismo colabore con los profesionales sanitarios en el fomento de su salud y de las personas que día a día le acompañan. Esto nos llevaría a unos resultados de salud muy satisfactorios. Hay que señalar que pese a sus luces y a sus sombras, nuestro SNS. Ha venido mostrando su fortaleza y consolidación, abundando en las reformas, en la imprescindible renovación y el incremento presupuestario para afrontar los retos que hemos venido analizando anteriormente.

17. La participación de las Fundaciones en el fomento de la salud, la investigación y el bienestar

LA sociedad civil ha vuelto a poner énfasis en la salud, investigación y el bienestar social y tiene que tener un papel determinante en la conformación de las actividades ciudadanas, para fomentar la participación, contribuyendo a la consolidación del desarrollo sostenible en un mundo globalizado en el que estamos viviendo. Instrumento éste, de la participación de la sociedad civil en unas tareas que, si en determinados momentos se consideraron parcelas exclusivas de los poderes públicos, hoy se acepta unánimamente la conveniencia de su existencia y participación, a través de las fundaciones, entre otras formas de participación. Tenemos que seguir trabajando en el reconocimiento de la realidad social: la aceptación del innegable y creciente peso de las fundaciones dinamizadoras de la sociedad actual, que abarcan un amplio abanico de actividades desarrolladas por entidades colaboradoras y que están sujetas a una normativa jurídica. Tendríamos que reflexionar

sobre las expectativas generadas en una sociedad cada día más cambiante y participativa. Si se contienen elementos suficientes para estimular los intereses generales que reclaman su protagonismo, en la realización de actividades que reportan un beneficio para todos los ciudadanos.

El desarrollo de las fundaciones, según la Constitución, asume una realidad social reconociendo el derecho de una sociedad plural y democrática. Hay que destacar el creciente interés de determinadas Fundaciones por patrocinar, sin ánimo de lucro, el fomento de la salud, la investigación y el bienestar social de ejercer el mecenazgo. Empresas con sensibilidad social que han transferido los principios y técnicas de gestión económica a una gestión social logrando así, una mejora de imagen como rendimiento social legítimo, por lo que debemos tenerlas presentes a la hora de darles un tratamiento jurídico y fiscal preferencial. La participación en la vertebración de la sociedad civil va siendo cada día más importante y en especial en sectores como la sanidad, la investigación biomédica y el bienestar social.

Las fundaciones, como entidades privadas tienen que gozar de un amplio marco de libertad para su correcto funcionamiento pero ello no es obstáculo, ni lo ha sido en tiempos anteriores, para que se ejerza sobre ellas una tutela de las administraciones públicas, que se justifica por la naturaleza de los fines que persiguen. El intervencionismo siempre estará de acuerdo con nuestra Carta Magna de 1978.

Mi relación con el sector fundacional se intensifica allá por el año 1999, cuando fui nombrado Director responsable del Protectorado de Fundaciones del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, del cual era ministro Mariano Rajoy y Ana Pastor era la Subsecretaria del Departamento. A mí me tocó llevar a cabo la integración en el mismo Protectorado, las Fundaciones procedentes del Ministerio de Cultura y las del Ministerio de Educación y Deportes. Por aquel entonces puse especial dedicación a la creación de Fundaciones para la Investigación. Se pusieron en marcha, tanto fundaciones de carácter público como privado. Por citar algunas, la Fundación del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO); Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC); Centro de Investigaciones Neurológicas (CIEN) del Instituto de Salud Carlos III. Pfizer; Lilly, etc, que han colaborado muy activamente en el desarrollo

de la Investigación en Ciencias de la Salud y de la Vida en España, situándonos en la actualidad en la sexta de Europa y la novena a nivel mundial.

Es necesario tener en cuenta que el sector fundacional da empleo directo a 205.000 personas y a otras 15.000 de una forma indirecta, generando un ingreso de 10.000 millones de euros anuales, que representa el 1% del PIB, incluyendo las públicas y las privadas. Se estima que en nuestro país existen unas 8.500 fundaciones activas en las que participan unos 70.000 voluntarios. Las fundaciones de ámbito de la salud o relacionadas con ésta deben estar en los órganos consultivos de las Administraciones Públicas. Así mismo las fundaciones debe colaborar en la elaboración de informes técnicos que ayuden a solucionar los conflictos entre partes, cuando afecten a ciudadanos/pacientes. También las fundaciones tienen que trabajar activamente para fomentar proyectos de investigación y exploración sistemática de posibilidades de innovación que afecten directamente a la salud de los ciudadanos y a su desarrollo sostenible, para dinamizar las actuaciones de nuestra sociedad en los próximos años.

La aportación, ayuda e información a la sociedad, de las fundaciones, es muy considerable. Existe, pues, la necesidad de aunar esfuerzos para conseguir mejores resultados afrontando los retos del siglo XXI, aportando valores, entre los que hay que destacar: la solidaridad y la tolerancia, para contribuir a una sociedad más justa y equitativa. Estoy convencido que entre todos lo conseguiremos. El crecimiento económico, el empleo, la calidad de vida y, en definitiva, el futuro de la sociedad española pasan necesariamente por el fortalecimiento de su sociedad civil, donde las fundaciones juegan un papel muy relevante. La Asociación Española de Fundaciones (AEF), cuyo Presidente es Javier Nadal, entusiasta compañero y amigo que le está dando una gran visibilidad de una manera efectiva a la AEF, agrupa a más de ochocientas, ofrece apoyo técnico, de las cuales las del ámbito de la salud, investigación y bienestar superan el 8%. La AEF es una asociación privada e independiente declarada de utilidad pública. Es la entidad más representativa a nivel nacional y la segunda más importante de Europa.

El Grupo Sectorial de Fundaciones de la Salud, Investigación y Bienestar Social, de la AEF, del cual soy responsable como miembro de su Junta Directiva, viene desarrollando una interesante labor para fomentar ideas,

proyectos y actividades de las Fundaciones de la Salud, la Investigación y el Bienestar social, para hacer visibles a la sociedad las actuaciones que se realizan. En los últimos años el aumento de fundaciones con fines científicos, sociales y de investigación para aportar ayuda e información a la sociedad, es muy considerable. Así pues, el objetivo principal en el que estamos trabajando es mostrar y poner en valor la importante labor que las fundaciones de salud, investigación científica y bienestar social desempeñan en nuestro país y reflexionar sobre el papel que deberían cumplir en los próximos años, bajo el prisma de la transparencia y visibilidad de sus actuaciones.

En mis responsabilidades en el Protectorado de Fundaciones en las que tuve el apoyo de la Subsecretaria Ana Pastor, planteé una serie de actuaciones que fueron concretándose en años sucesivos, basadas en un objetivo básico: transmitir a la sociedad la mayor transparencia del sector fundacional, medidas entre otras, el establecimiento del Protectorado único a nivel de la Administración General del Estado; la puesta en marcha del Registro General de Fundaciones en el Ministerio de Justicia y la necesidad de una nueva y realista Ley de Mecenazgo, con una fiscalidad acorde con las Fundaciones de la Unión Europea, para así fomentar la actividad de las Fundaciones Españolas. Creo sinceramente que es manifiesta y encomiable la labor que están realizando las fundaciones y su colaboración con los poderes públicos, para la consecución de objetivos en beneficio de todos los ciudadanos.

En mi opinión debería cambiarse el término de Protectorado de Fundaciones de competencia estatal, por ser ya obsoleto en el ámbito del Derecho Administrativo, si bien se ha dado un paso muy importante el Real Decreto de 27 de noviembre de 2015, en vigor desde el 2 de noviembre de 2015 que atribuye ya, todas las competencias de los protectorados de ámbito estatal al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, en concreto a la Secretaría General Técnica a través de la Subdirección General del Protectorado de Fundaciones. Paralelamente en cumplimiento de la disposición transitoria cuarta de la ley 50/2002 de 26 de diciembre y la reiteración en la disposición transitoria única del Real Decreto 1337/2005 de 11 de noviembre se promulgó la orden de 26 de noviembre de 2015 del Ministerio de la Presidencia por la que se dispone la entrada en funcionamiento y la sede del Registro de Funda-

ciones de Competencia Estatal a partir del 2 de diciembre de 2015 con dependencia orgánica de la Dirección General de los Registros y del Notariado del Ministerio de Justicia, quedando extinguido los registros de fundaciones existentes actualmente en diversos Ministerios. Es necesario afrontar nuevos retos y abrir un período de reflexión para llevar a buen término la reforma emprendida para lo cual habría que suprimir la Subdirección General del Protectorado del Ministerio de Educación y la creación de un centro directivo con mayor rango orgánico en el Ministerio de la Presidencia para dirigir y coordinar todo el movimiento fundacional, de mecenazgo y de asociaciones existentes a nivel de la Administración General del Estado, tarea que debería afrontar lo antes posible con responsabilidad, el Gobierno.

Epílogo

HE tratado, en este libro, de dar un testimonio de mi experiencia vivida durante más de cuatro décadas en el sector sanitario, muchas veces en primera persona, otras, como mero fedatario, transmitiendo conocimientos básicos.

Quiero que este testimonio sea un profundo y sentido homenaje a todas las personas que aparecen en el libro, en realidades vividas y a otras que no están, puesto que nominar a todas, sería una labor imposible. A todas, mi gratitud por su tolerancia, comprensión y solidaridad, por haber contribuido a la construcción de un país donde todos tenemos cabida y un protagonismo que desarrollar, por sencillo e insignificante que pueda parecer.

Mis palabras de gratitud, mi cariño y mi incondicional disposición a todos los que he tenido la suerte de haberme acompañado en el quehacer cotidiano, de la comedia humana de nuestra existencia, bajo la bóveda celeste y luminosa, de prestar servicio a todos los ciudadanos.

Bibliografía consultada

ALZAGA VILLAMIL, O., GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, I. Y RODRÍGUEZ ZAPATA, J. *Derecho Político Español, según la Constitución de 1978*. Editorial Centro de estudios. Ramón Areces. Madrid 1998.

AMARILLA GUDÍN, M Y OTROS. *Derechos en salud para el siglo XXI*. Madrid EUPHARLAW. 2004.

BANDO CASADO, H.C. *Conferencia sobre la formación y la investigación sanitaria en España. Los retos de la I+D+I en la sanidad*. 2 de diciembre de 2008 (Castilla y León).

— *Derechos en salud en el Siglo XXI*. Madrid EUPHARLAW 2004.

— *El médico y la prevención*. MUFACE. Madrid 2005.

— *La Cultura de la Salud*. Rev. El Médico. Marzo 2011.

— *Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud*. Madrid SPA 2009, 2ª ed.

— *El eje vertebral del derecho a la salud*. El Médico. Foro de expertos. N° 1164. Mayo 2015.

BANDRÉS MOYA, F. Y OTROS. *Gregorio Marañón, cumbre y síntesis para el Siglo XXI*. Fundación Tejerina. Madrid 2008.

BELMONTE, J. *La Constitución, texto y contexto*. Madrid 1979.

CABASÉS HITA J. M. *Los contenidos sanitarios: la eficiencia. Ponencia presentada en el II Encuentro de Formación de profesionales de la salud*. Abril 1998. Fundación BBVA. Madrid.

CLEMENTE FUENTES, L. *Los orígenes de la Medicina Preventiva y Social en España*. Cáceres 2012

DARANAS PELÁEZ, M. *Las constituciones europeas*. Madrid, 1979

Debate Sanitario: Medicina, Sociedad y Tecnología. Fundación BBVA. Madrid 1992.

DEL LLANO SEÑARIS, J. Y OTROS. *¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?* Fundación Gaspar Casal. Madrid 2006

DÍAZ MARTÍNEZ E. *Relación entre salud y desigualdad*. Fundación Juan March. Madrid 2004.

DÍAZ DE YRAOLA, G. *La vuelta al mundo de la Expedición de la vacuna (1803-1810)*. Madrid 2003

ESCRIBANO COLLADO, P. *El derecho a la salud*. Sevilla 1976

FUENTES QUINTANA, E. *La crisis económica española*. Madrid 1980

FUSTER, V. *La ciencia y la vida*. Barcelona 2008

GARCÍA DE ENTERRÍA, E. *La distribución de las competencias económicas entre el poder central y las autonomías territoriales en el derecho Comparado y en la Constitución Española*. Madrid, 1980.

Informe RESA. Fundación IDIS. Madrid 2018.

LAIN ENTRALGO, P. *Cajal y el saber científico*. Madrid 1984.

MANSILLA, P. P. *Coordinación General Sanitaria*. Madrid 1988.

MARSET CAMPOS, P. Y SÁEZ GÓMEZ, J. M. *La evolución histórica de la salud pública*. Madrid 1998

MARTÍN ACEÑA, P. *Pasado y Presente de la Gran depresión del Siglo XX a la recesión del Siglo XXI*. Madrid 2012.

MARTÍN GONZÁLEZ, M. *Sanidad Pública: Concepto y encuadramiento*. Madrid 1979.

MARTÍNEZ CALCERRADA, L. *Derecho Médico*. Madrid 1986.

MATEU ISTURIZ, J. *La Comunidad Económica Europea. Las Profesiones Sanitarias*. Madrid 1985.

MUNUERA L. *La crisis del estado de bienestar y la evolución de los sistemas sanitarios. La Formación de los profesionales de la salud.* Fundación BBVA. Madrid 1996.

MUNUGARREN HOMAR, M. R. y otros. *Promoción y Educación para la Salud.* UNED 2012.

MUÑOZ MACHADO, S. *La Sanidad Pública en España.* Madrid 1975.

NAMKEE AHN, ALONSO J. y HERCE, J. A. *Gasto Sanitario y Envejecimiento de la población española.* Fundación BBVA 2003.

NAVARRO R. *Historia de la Sanidad en España.* Barcelona 2002.

NÁJERA MORRONGO, R. *La creación del Instituto de Salud Carlos III y su proyección hacia la investigación sanitaria.* Madrid 2006.

ORTEGA Y GASSET, J. *Misión de la Universidad.* 1998.

ORTIZ VÁZQUEZ, J. *La Enseñanza de la medicina: ayer, hoy y mañana.* Revista Clínica Española 1995.

OSLER, W. *Un estilo de vida y otros discursos con comentarios y anotaciones.* Fundación Lilly. Madrid 2007.

PERONA LARRAZ, J. L. *Mitos y paradojas de la sanidad en España.* Madrid 2007

RAMÓN Y CAJAL, S. *Reglas y consejos sobre investigación científica: Los tónicos de la voluntad.* Reimpresión CSIC. Madrid 2005.

Revista El Siglo. Suplemento especial. Diciembre 2018.

RODRÍGUEZ PIÑERO, M. *El Estado y la Seguridad Social.* Madrid 1964.

ROMAY BECARÍA, J. M. *Gestión Sanitaria: Innovaciones y corresponsabilización del sector privado.* Madrid 1998.

ROMEO CASABONA, C. *La Sanidad en la Constitución. 20 Aniversario de la Constitución.* Revista JANO. Vol. LV N ° 1277. 20-26 Noviembre. Barcelona 1988.

SABANDO SUÁREZ, P. *Grandes características de desarrollo de la salud en España*. Madrid 1984

SÁNCHEZ RON, J. M. *La Junta para la ampliación de estudios e Investigaciones Científicas, 80 años después*. Madrid 1988

SEGOVIA DE ARANA, J. M. *Medicina, Sanidad y Salud*. Madrid 1998.

VIÑES RUEDA J. J. *La sanidad española en el siglo XIX*. Pamplona 2006.

XIOL RÍOS J. A. *El derecho sanitario desde la perspectiva constitucional*. Real Academia de Medicina 2014.

