

ERNEST LLUCH: POLÍTICO Y REFORMADOR SANITARIO. UNAS NOTAS

Félix Lobo

Catedrático emérito de la Universidad Carlos III de Madrid y Director de Economía y Políticas de Salud de Funcas.

RESUMEN

Este texto expone brevemente las aportaciones de Ernest Lluch, Ministro de Sanidad de España entre 1982 y 1986, como político y reformador sanitario, y sus cualidades como director de equipos y gestor, al cumplirse veinte años de su asesinato por la banda terrorista ETA. Como político fue un héroe de la democracia española, modelo de futuras generaciones, que contribuyó significativamente a la eliminación de la violencia terrorista. Con gran valor ciudadano, extensos conocimientos de ciencias sociales y rica personalidad de “*uomo universale*”, desarrolló acciones políticas flexibles y pragmáticas.

Su conducción fue decisiva para la reforma sanitaria. Impulsó la Ley General de Sanidad de 1986, que descentralizó los servicios sanitarios en comunidades autónomas, consagró como objetivo a medio plazo la universalización de la asistencia sanitaria y previó la financiación con cargo a impuestos. Bajo su dirección también se desarrolló una nueva red de Atención Primaria, se integraron los hospitales públicos, se transformó la salud mental, se modernizó la evaluación y control de los medicamentos y la prestación farmacéutica, se saneó el régimen del personal, se reordenó la formación médica especializada y los trasplantes de órganos recibieron un fuerte empujón. El Ministerio de Sanidad durante su mandato mejoró las vacunas contra la poliomielitis y dio respuesta a la nueva pandemia del SIDA. También se reorganizó el Fondo de Investigaciones Sanitarias y se promulgaron la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios y la primera Ley del aborto.

En conclusión, la memoria de Ernest Lluch, como político democrático y como reformador de la sanidad debería seguir inspirándonos y ser llevada hasta las escuelas.

ABSTRACT

Ernest Lluch: politician and reformer of the Spanish health services. A note

This note remembers the contributions of Ernest Lluch, Minister of Health of Spain between 1982 and 1986, as politician, health services reformer and leader, twenty years after his assassination by the terrorist band ETA. As a politician he was a hero of the young Spanish democracy, a model for future generations who helped significantly with the termination of terrorist violence. He developed his flexible and pragmatic political activities with great civic courage, extensive command of the social sciences and a rich personality of “*uomo universale*”.

His leadership was instrumental in bringing about health care reform. He drove forward the General Law of Health Care of 1986 that devolved health care services to the autonomous communities, established universal health care in the medium term and foresaw funding through general taxation. Also to be credited to his impetus are the new Primary Care network, the consolidation of the various public hospitals grids, the transformation of mental care, the modernization of the evaluation and control of medicines and of pharmaceutical benefits, the reorganization of personnel policy and specialist medical training and a boost to organ transplants. The MoH in his mandate improved polio vaccines and responded to the new HIV pandemic. The Health Research Fund was reorganized and the Consumer’s Protection Law and the first Law of Abortion were enacted.

In conclusion, the memory of Ernest Lluch, as a democratic politician and health care reformer, should for long inspire our minds and be driven to schools.

Este artículo se basa en las palabras pronunciadas por Félix Lobo en el acto en recuerdo de Ernest Lluch, organizado por la Fundación Ernest Lluch y el Congreso de los Diputados, el 30 de noviembre de 2020 en el Palacio de las Cortes de Madrid⁽¹⁾ y en un artículo publicado en El País el 21 de noviembre de 2020⁽²⁾, a los veinte años de su asesinato por ETA.

En este texto expongo brevemente una reflexión sobre la aportación de Ernest Lluch a la eliminación de la violencia terrorista y al desarrollo de la democracia en España, sus contribuciones a la reforma sanitaria en los años ochenta del siglo XX y sus cualidades como director de equipos y gestor. En buena parte me baso en la observación directa personal, pues trabajé con él a lo largo de siete intensos años, entre 1982 y 1990, en el Ministerio de Sanidad y en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

ERNEST LLUCH FUE UN HÉROE DE LA DEMOCRACIA ESPAÑOLA, A RECORDAR Y ENSEÑAR A LOS JÓVENES COMO MODELO

En los últimos años de mi docencia preguntaba a mis alumnos -¡de 4º de carrera y de Economía de la Salud! - si sabían quién había sido Lluch. Nunca tuve una respuesta positiva. Ninguno lo conocía. Los jóvenes y las generaciones futuras tienen que aprender el significado de su figura y sus virtudes. Las sociedades necesitan referentes políticos, morales y personales que con su ejemplo les guíen. Lluch, sin duda, reunió cualidades para cumplir esta función histórica.

Ernest Lluch vivió muchas vidas. La principal fue la de **político democrático** y, viviéndola, demostró que la política puede ser una faena y un arte honestos, nobles e inteligentes, y mejorar la sociedad y la vida de los ciudadanos. Trabajó incansable en pro del entendimiento entre los españoles, para eliminar la violencia de la política y sustituirla por la discusión y los mecanismos democráticos. Abogó, tenaz y sagazmente, por soluciones pacíficas e imaginativas a los problemas planteados por la unidad y la diversidad de la nación española, así como por las nacionalidades y regiones que la integran.

La originalidad y eficacia de sus propuestas debieron ser consideradas como una amenaza por la banda terrorista ETA, pues le asesinaron cruelmente el 21 de noviembre de 2000. Lluch se afanó también sin tregua por mejorar nuestro Estado del Bienestar, contribuyendo decisivamente a la creación de un sistema sanitario público moderno y ejemplar, como enseguida se detallará.

Otra de sus virtudes fue su **valor ciudadano**: en sus años de profesor militante, contra y represaliado por la dictadura; como reformador sanitario; y frente a ETA y los violentos. El mitin de 1999 en la Plaza de la Constitución de San Sebastián (“*mientras gritáis no mata-réis*”) ha quedado grabado para la historia.

Para el futuro debe quedar igualmente que, con un trabajo descomunal, perseverancia e imaginación, labró su profesión de **científico social**, que le preparó para comprender, encauzar y proponer respuestas a grandes cuestiones políticas, como la organización del Estado o la reforma del sistema sanitario, además de realizar importantes contribuciones a la Historia del Pensamiento Económico, con cientos de páginas publicadas. Para la mayoría fue un ministro que era profesor. Para economistas y profesores de Economía fue un catedrático que durante algunos años fue ministro.

No debemos olvidar su **mentalidad y su acción política flexibles**, no dogmáticas sino pragmáticas, negociadoras, en busca del acuerdo de amplias bases sociales. Era “muy político” en el mejor sentido de la palabra.

Todo esto se fundaba en una personalidad de verdadero “*uomo universale*”, con vastísimos intereses y saberes: la Economía, la Historia y la Política internacional, pero también la pintura, la música, la literatura, el cine, el fútbol. Gran conocedor de países

como Italia o Cuba. Practicante de atletismo. Todo ello sin vanidad ni alarde, sino siendo sencillo, frugal y solidario.

CONTRIBUCIÓN A LA REFORMA SANITARIA Y A LA LEY GENERAL DE SANIDAD (LGS)⁽³⁾

Las **circunstancias** de España en 1982 no eran fáciles. La contundente mayoría absoluta del PSOE en las elecciones de 1982 constituía un gran caudal político, pero el país sufría una crisis económica gravísima. El Estado democrático no estaba consolidado -no hacía mucho del intento de golpe de Estado de Tejero- y en sanidad, organizaciones corporativas y ciertos círculos económicos anclados en la Dictadura no iban a dejarse transformar sin librar batalla.

Organizaron, por ejemplo, la “Operación primavera”, en contra de la LGS y del ministro, con agencias mediáticas implicadas y un presupuesto importante⁽⁴⁾. Así mismo, era reciente el Síndrome del Aceite Tóxico, causante de varios cientos de muertes y veinte mil afectados (la mayor intoxicación alimentaria de la que se tiene noticia en la historia), que había dejado exhausto y desmoralizado al Ministerio de Sanidad. En resumen, una realidad dura y compleja que supo gobernar el coraje, la tenacidad, la resistencia y también la mano izquierda del ministro Lluch.

Hay que subrayar como circunstancia positiva que el Partido Socialista tenía una **propuesta de reforma sanitaria** coherente y ambiciosa para las elecciones del 82, adelantada por Ciriaco de Vicente con un conjunto de profesionales de diversas especialidades, entre ellos destacadamente el doctor Pedro Sabando. El programa se articulaba en cuatro grandes leyes: la *Ley de Consumidores*, la *Ley General de Sanidad*, la *Ley del Medicamento* y una *Ley General de Alimentación*. Las dos

primeras se aprueban durante el ministerio Lluch; la del Medicamento⁽⁵⁾ se avanza mucho y se aprueba en 1990; la cuarta tiene una realización parcial en 2001, cuando se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición⁽⁶⁾, pero el proyecto no se completa hasta 2011 cuando se promulga la *Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición*⁽⁷⁾.

El nombramiento en diciembre de 1982 de Ernest Lluch como Ministro de Sanidad produce una gran sorpresa, pues se daba por descontado en el propio PSOE que el ministro iba a ser Ciriaco de Vicente. Este aterrizaje en un círculo ajeno también supuso una dificultad que influyó en desencuentros posteriores.

La reforma sanitaria dependía, por supuesto, de la **reorganización del Estado** en comunidades autónomas. Había que inventar una nueva organización de los servicios sanitarios y hacer las transferencias sanitarias, tareas ambas muy complejas. En España parece que no podemos tener un Servicio Nacional de Salud. El término Sistema Nacional de Salud lo acuña el propio Ernest Lluch para expresar que no puede haber un servicio único, porque las competencias de gestión y de organización sanitaria, según el bloque constitucional, pertenecen a las comunidades autónomas. La Ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, un órgano cuya trayectoria coordinadora muchos valoran insuficiente. A mi juicio, la pandemia del SARS-CoV-2 ha venido a confirmar que 34 años después la cuestión no está resuelta.

Otros dos objetivos centrales de la reforma eran la **universalización** de la asistencia sanitaria y su financiación con impuestos. El ministro Lluch consideraba que ambos fines eran irrenunciables, pero que la táctica para lograrlos debía ser flexible y gradual, a diferencia del punto de vista de otros miembros

del equipo y del Partido Socialista. Este planteamiento creo que hizo triunfar la *Ley General de Sanidad*, que se discutió a lo largo de varias sesiones del Consejo de Ministros. La negociación fue difícil con el Ministerio de Economía y Hacienda. Recuerdo las dudas que en algún momento de los trabajos preparatorios tuvo el ministro Lluch. ¿Era una Ley General, es decir, una batalla en campo abierto, el mejor planteamiento frente a posibles avances parciales con menos riesgos y costes? Napoleón frente a Kutúzov o los guerrilleros españoles. Estas cuestiones, diríamos tácticas, de la reforma sanitaria, sus ritmos posibles, dieron lugar a agudas fricciones con algunos de sus colaboradores y compañeros de partido. Pero pocos años después volvió a compartir con ellos el caudal de su amistad.

La Ley termina contemplando la universalización como un proceso. Se establece como principio en el artículo 3, pero la disposición transitoria 5ª dice que la extensión de la asistencia sanitaria pública se efectuará de forma progresiva. Pronto se alcanzaron tasas de cobertura muy elevadas: hasta un 93,4% incluyendo a 8 millones de personas más. La progresión llega hasta la *Ley de Salud Pública* de 2011 que ordena la plenitud de la cobertura. En 2012 se aprueba una involución hacia fórmulas de aseguramiento, sin realmente conseguirlas, y la cobertura universal se recupera en 2018⁽¹²⁾.

La financiación en el artículo 79 y siguientes de la Ley queda también muy abierta. En años posteriores, cuando mejoró la situación económica, aumentó la contribución del fondo general de impuestos, y disminuyó la de la Seguridad Social, hasta completarse en 1999.

También se aumentaron progresivamente las prestaciones en atención primaria, salud mental, planificación familiar, trasplantes⁽⁹⁾, etc.

Cobertura universal y financiación con cargo a impuestos son las herramientas que hacen realidad el objetivo de equidad, de justicia en sanidad. Son las fronteras inviolables, el verdadero genoma de nuestro sistema, que presta asistencia sanitaria no en función de la capacidad de pago sino en función de las necesidades de salud de los ciudadanos.

OTROS ASPECTOS DE LA REFORMA SANITARIA

La reforma, o mejor, la creación, de la **red de Atención Primaria** fue tan importante como la propia *Ley General de Sanidad*. Se inició el mismo 1983 y el ministro Lluch puso muchísimo entusiasmo en su desarrollo⁽¹³⁾. Los centros de salud empezaron a desplegarse por toda la geografía. Están integrados por equipos sanitarios multidisciplinares, que trabajan a tiempo completo, con una población asignada, persiguiendo la integralidad, continuidad y longitudinalidad de la asistencia, con un nuevo enfoque de la Medicina Familiar y Comunitaria, así como de la enfermería, con historia clínica y actividades de prevención y promoción de la salud⁽⁹⁾. En 1986 el 25% de la población ya estaba atendido por la AP reformada⁽⁸⁾.

Se procedió también a la **integración de redes hospitalarias** y de otros servicios, porque no había una red sanitaria única, sino que coexistían la de la Seguridad Social (INSALUD), la de AISNA (heredera de la antigua DG de Sanidad), los hospitales universitarios, y los de beneficencia, provinciales y locales.

En materia de organización y gestión de la **salud mental** también se planteó un cambio profundo hacia un nuevo modelo de atención comunitaria. Para ello, fue decisivo el Informe

de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985)⁽¹⁴⁾, creada por *Orden de 27 de julio de 1983*⁽¹⁵⁾, cuyo secretario e impulsor fue el Dr. Antonio Espino. Sus principios fueron recogidos por el artículo 10 de la *Ley General de Sanidad*⁽³⁾, y que orientaron las posteriores reformas desarrolladas por las comunidades autónomas^(16,17).

La **reforma farmacéutica** fue también amplia, con la elaboración de un borrador de *Ley del Medicamento*, la puesta en marcha del Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos (PROSEREME) y de la Red de Farmacovigilancia, un eficaz control del gasto farmacéutico, revisiones de precios y márgenes comerciales y adaptación a la legislación europea, entre otras iniciativas.

Algunas medidas de política de personal fueron muy sonadas. Se aplicó la *Ley de Incompatibilidades*⁽¹⁹⁾ dentro del sistema sanitario público que, a pesar de la oposición de los colegios de médicos, contribuyó a racionalizar un sistema caótico, que posibilitaba tener dos o más puestos en la administración y servicios públicos, a tiempo completo y con solapamiento de horarios⁽⁸⁾.

Igualmente se reordenó la **formación médica especializada**⁽²⁰⁾ garantizando un desarrollo extraordinariamente cualificado de los profesionales del sector, como se reconoce en toda la Unión Europea. La Organización Nacional de Trasplantes se había creado formalmente en 1980⁽²¹⁾. Precisamente, los **trasplantes** de órganos reciben un fuerte empujón cuando el ministro Lluch, en las postrimerías de su mandato, el 1 de junio de 1986, designa a un vocal asesor de su Gabinete encargado de su coordinación, el Dr. Miguel Ángel Zamarrón.

EN LOS TIEMPOS QUE CORREN QUIZÁS PODAMOS OBTENER ALGUNA ENSEÑANZA DE LA RESPUESTA DEL MINISTERIO LLUCH A LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

POLIOMIELITIS. Ernest Lluch también contribuyó a uno de los acontecimientos más importantes de la salud pública en la España del siglo XX: la erradicación de la poliomielitis. De él podemos extraer enseñanzas notables para las próximas campañas de vacunación contra la COVID-19 y argumentos para apoyarlas ante los dubitativos.

Para la erradicación de la polio tuvieron mucha importancia, claro, los científicos: en 1982 el doctor Enrique Nájera, modernizador de la Epidemiología en España, es nombrado Director de Salud Pública, y el doctor Rafael Nájera, director del Centro Nacional de Microbiología.

En 1983 el Ministerio retira una de las vacunas utilizadas, pues los estudios revelaron que se producían más casos vacunales de los normalmente esperables.

El último caso autóctono de poliomielitis se produce en 1988 y en 2001 la OMS firma el acta de erradicación de la polio en España. Como dice el doctor Rafael Nájera en un libro recién publicado⁽²¹⁾, esto supuso un gran hito en nuestro país, derivado de un esfuerzo colectivo de muchos sanitarios españoles, tanto del Instituto de Salud Carlos III como del Ministerio de Sanidad, epidemiólogos y sanitarios de las diferentes comunidades autónomas.

Pero la eliminación de la polio había costado en España veinticinco años, cuando podría haberse realizado en cinco o diez, como en la

mayor parte de los países de nuestro entorno. El doctor Nájera ha estimado que si entre 1957 y 1976 las cosas se hubieran hecho del todo bien, se habrían evitado casi 15.000 casos de poliomielitis con más de 1.500 muertes⁽²²⁾.

SIDA. Hacia 1981 aparecen en los EE.UU. pacientes con el sistema inmune debilitado que sufren infecciones oportunistas, especialmente el sarcoma de Kaposi, que evolucionan con elevada letalidad. Estos casos dispersos se agrupan por sus características epidemiológicas bajo la denominación de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), cuando aún no se conoce ni la causa, ni el perfil detallado de la enfermedad que tardó un tiempo en ser identificada. El SIDA era una enfermedad infecciosa totalmente nueva que planteó y aún plantea enormes dificultades en todo el mundo. Desde 1981 hasta 2019 ha causado en España unas 60.000 muertes⁽³⁾, aunque su letalidad ha disminuido radicalmente y sigue disminuyendo gracias a los tratamientos farmacológicos con antirretrovirales.

Es interesante comparar el ritmo al que avanzó el conocimiento científico del SIDA con la actual COVID-19. El SIDA se describe en 1981. El retrovirus VIH, causante, no es identificado hasta 1983 por Montagnier. En la secuenciación de su genoma se emplean dos años más de trabajo científico (principios de 1985). También en 1985 se desarrollaron los métodos de inactivación viral del VIH en la fabricación de factores de coagulación. La primera notificación oficial a la OMS de casos en China de la COVID-19 fue el 31 de diciembre de 2019. La identificación del virus causal SARS-CoV-2 fue publicada el 7 de enero de 2020. Su genoma fue secuenciado en pocos días y publicado el 12 de enero⁽⁴⁾. Para la determinación de anticuerpos frente al VIH la

FDA no autorizó los primeros test diagnósticos Elisa hasta mediados de 1985. En cambio, el test diagnóstico PCR del SARS-CoV-2 fue hecho público por el Centro Alemán de Investigación de Infecciones (DZIF) del hospital *Charité-Universitätsmedizin* Berlin el 16 de enero (cuatro días después de disponer de la secuencia)⁽²⁵⁾. Hasta hoy, 37 años después, no se ha conseguido una vacuna contra el SIDA, aunque sí tratamientos relativamente eficaces que logran evitar la mortalidad y cronificar la enfermedad, proporcionando cierta calidad de vida a los enfermos. Pero el SIDA sigue siendo una enfermedad grave e incurable y un problema de Salud Pública de primera magnitud que no debemos olvidar. La primera autorización en un país occidental de la primera vacuna contra la COVID-19 acaba de ser otorgada el 2 de diciembre de 2020 por la *Medicines & Healthcare Products Regulatory Agency* del Reino Unido. Van a seguir inmediatamente otras autorizaciones y hay cientos de proyectos de investigación de vacunas en marcha.

Desde la primavera de 1983, el Ministerio de Sanidad de España desarrolla una actividad febril tratando de atajar la epidemia del SIDA. En mayo se constituye la Comisión Nacional de Trabajo sobre el SIDA (transformada en 1987 en la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de SIDA). Después se suceden las recomendaciones, normas y órdenes de retirada, que afectan al control y verificación de las importaciones de plasma, fabricación de hemoderivados, transfusiones y hemodonaciones, así como el cierre de los bancos de sangre privados. También las autorizaciones de las pruebas diagnósticas y la publicación de protocolos clínicos y campañas informativas, a medida que iba progresando el conocimiento.

OTRAS REFORMAS

En los 1.328 días de su ministerio, Lluch tuvo tiempo para emprender otras reformas. Basta con mencionar tres de gran trascendencia. Primero, la **potenciación de la investigación científica**, plasmada, entre otras iniciativas, en la reorganización y potenciación del Fondo de Investigaciones Sanitarias cuya presidencia asumió personalmente⁽²⁶⁾ y la creación del Instituto de Salud Carlos III en el Título VII de la *LGS*⁽³⁾, cuyo diseño se debe a los hermanos Nájera y su nombre al propio Lluch. Sería puesto en marcha por su sucesor Julián García Vargas. Segundo, la *Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios*⁽⁷⁾ de 1984, tan necesaria tras el síndrome de la colza y por las características de nuestra sociedad de consumo. Tercero, la despenalización del aborto en tres supuestos (primera *Ley del Aborto*⁽⁸⁾ de 1985), tan importante para la salud y los derechos de las mujeres y a la que dedicó grandísima atención, tratando de buscar soluciones de consenso que fueran aceptadas por la mayor parte de la sociedad.

ESTILO DE LIDERAZGO

En cuanto a las cualidades de Ernest Lluch como “jefe”, como director de equipo, dicen los libros que hay tres estilos de liderazgo: el autoritario, el consultivo y el elusivo. Lluch tenía un estilo personalísimo en el que se combinaban los tres. Sin duda, tomó en solitario importantes decisiones, de esas que sólo el líder de la organización puede tomar. Consultó con su equipo casi todas las demás. Y, a veces, lo hacía en las que a mí me parecían larguísimas reuniones en las que se terminaba hablando de lo divino y lo humano. Y también dejó de tomar decisiones cuando lo mejor era hibernar

los problemas hasta que maduraran o se resolvieran solos, como a veces ocurre.

Era un trabajador infatigable, capaz de seleccionar y motivar a un equipo, del que formaron parte gestores puros, clínicos, médicos-gestores, científicos, juristas y altos funcionarios, y supo dar apoyo a sus colaboradores cuando lo necesitaron. Legendaria era su capacidad de negociación. Le importaban mucho la gestión y las mejoras de eficiencia. Otra cualidad que me impresionaba era su habilidad como “desactivador de tensiones”, utilizando sus aficiones al fútbol y a las artes, o chistes y bromas, comentarios al principio de reuniones o negociaciones complicadas.

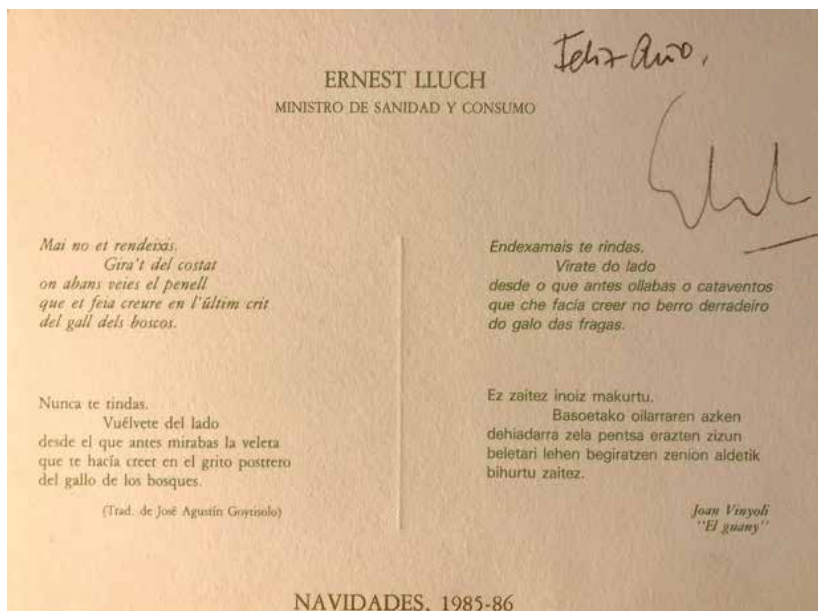
PARA CONCLUIR

La amplitud, aliento, profundidad y buena fundamentación técnica de la reforma sanitaria de Ernest Lluch deben servir de inspiración a la nueva ola de reformas estructurales que

nuestro SNS necesita imperiosamente, máxime tras la pandemia que estamos sufriendo. El significado histórico de su figura como político democrático no puede quedar sepultado. ¿Dejaremos que se pierda la memoria de esta biografía ejemplar o llevaremos esta vida de héroe a las escuelas, junto a las de otros adalides de nuestra democracia y de nuestra sociedad para implantar sus valores en las almas de nuestros niños y jóvenes? Haríamos muy mal en dejarle caer en el olvido, porque Ernest Lluch puede muy bien vivir esta otra vida aún después de muerto.

COLOFÓN

Vale la pena reproducir, en el vigésimo aniversario de su asesinato por la banda terrorista ETA, la felicitación que envió el ministro Lluch en las Navidades de 1985-1986, invitándonos a no desfallecer: una estrofa de “El guany” de Joan Vinyoli en “Vent d’aram”⁽⁹⁾, en las cuatro lenguas de España.



BIBLIOGRAFÍA

1. Lobo F. 2020 b. Vídeo. Palabras pronunciadas en el acto en recuerdo del Exministro de Sanidad y Consumo, D. Ernest Lluch, con motivo del 20 aniversario de su asesinato 30/11/2020 presidido por la Sra. Presidenta. Congreso de los Diputados. Disponible en: <https://app.congreso.es/v/14664460>
2. Lobo F. 2020. Ernest Lluch, recuerdo para el futuro. Diario El País el 21 de noviembre. Disponible en: <https://elpais.com/opinion/2020-11-21/ernest-lluch-reuerdo-para-el-futuro.html>
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29/04/1986.
4. Lluch E. 1998. La campaña contra la Ley General de Sanidad. En Ortega F, y Lamata F. 1998. La década de la Reforma Sanitaria. Ex libris. Madrid.
5. Boletín Oficial del Estado. Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento. BOE núm. 306, de 22/12/1990.
6. Boletín Oficial del Estado. Ley 11/2001, de 5 de julio modificada mediante la disposición final octava de la Ley 44/2006, de 29 de diciembre, de mejora de la protección de los consumidores y usuarios, para introducir en su ámbito de aplicación los aspectos relacionados con la nutrición. BOE núm. 161, de 06/07/2001.
7. Boletín Oficial del Estado. Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. BOE núm. 160, de 6/7/ 2011, páginas 71283 a 71319.
8. Elola Somoza J. 2001. Política sanitaria española. Díaz de Santos. Madrid.
9. Lamata. 2011. 25 años después de la reforma sanitaria de Ernest Lluch. Revista Española de Salud Pública. Vol.84: 421-426.
10. Boletín Oficial del Estado. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011, páginas 104593 a 104626.
11. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24/04/2012.
12. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 183, de 30 de julio de 2018, páginas 76258 a 76264.
13. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984, páginas 2627 a 2629.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo: 1985. Informe de la comisión de reforma psiquiátrica. Servicio de publicaciones. Madrid.
15. Boletín Oficial del Estado. Orden de 27 de julio de 1983 por la que se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. BOE núm. 196, de 17 de agosto de 1983, páginas 22.596 a 22.596.
16. Espino Granada A (Coordinador). 2005. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf
17. Espino Granada A. 2020. De psiquiatras, psiquiatras e instituciones. Anales de la Fundación Canis Majoris. Nº 5.

18. Cirera L, Porta M, Monteis J, Camí J. 1995. Trends in acute drug poisoning in the Hospital del Mar and the relative impact of the Prosereme Spain's drug review program. *Journal of Pharmacology*. Vol.4, nº 1: 3-19.
19. Boletín Oficial del Estado. Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. BOE núm. 4, de 04/01/1985.
20. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.
21. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 27 de junio de 1980, de la Secretaría de Estado para la Sanidad, sobre la Organización Nacional de Trasplantes y los laboratorios de diagnóstico de histocompatibilidad. BOE núm.158, de 2/7/ 1980, páginas 15.152 a 15.154.
22. Nájera Morrondo R. 2019. El Instituto de Salud Carlos III en el marco de la evolución de la Salud Pública. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.
23. Ministerio de Sanidad. 2020. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y Hepatitis. Mortalidad por VIH y sida en España, año 2018. Evolución 1981-2018. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública.
24. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DKW, Bleicker T, Brünink S, Schneider J, Schmidt ML, Mulders DGJC, Haagmans BL, van der Veer B, van den Brink S, Wijsman L, Goderski G, Romette JL, Ellis J, Zambon M, Peiris M, Goossens H, Reusken C, Koopmans MPG, Drosten C. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. 2020. *Euro Surveill*. 25(3):pii=2000045. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>
25. DZIF 2020. Press release. Researchers develop first diagnostic test for novel coronavirus in China. 16 enero. Disponible en: <https://www.dzif.de/en/researchers-develop-first-diagnostic-test-novel-coronavirus-china>
26. Nadal J. 2016. La construcción de un éxito. Así se hizo nuestra sanidad pública. Ediciones La Lluvia. Barcelona.
27. Boletín Oficial del Estado. Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. BOE núm. 176, de 24 de julio de 1984, páginas 21.686 a 21.691.
28. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. BOE núm. 166, de 12 de julio de 1985, páginas 22.041 a 22.041.
29. Vinyoli J. 1976. "El guany". Vent d'aram. Traducción en "Cuarenta Poemas, Joan Vinyoli"; selección, versión y prólogo de J. A. Goytisolo. Editorial Lumen; Barcelona. 1980.