

## **FERNANDO ABRIL MARTORELL**

Fernando Abril Martorell (1936–1998), político español, vicepresidente del gobierno (1977–1980), una de las principales personalidades de la transición a la democracia española.

Nació el 21 de agosto de 1936 en Valencia. A los 24 años obtuvo en Madrid el título de ingeniero agrónomo (1960), antes de doctorarse en esa carrera universitaria y en la de Ciencias Políticas. Ocupó su primer cargo público relevante en 1969, cuando se convirtió en presidente de la Diputación Provincial de Segovia. Entre 1971 y 1976 fue director técnico del Fondo de Ordenación y Regulación de Producciones y Precios Agrarios (FORPPA). Miembro de las últimas legislaturas de las Cortes del franquismo, cuando al inicio de la transición a la democracia Adolfo Suárez presidió su primer gobierno, en julio de 1976, le nombró ministro de Agricultura. En 1977 fue uno de los fundadores de la Unión de Centro Democrático (UCD) y en julio de ese año Suárez volvió a contar con él para desempeñar otro cargo gubernamental, de nueva creación, el de vicepresidente tercero para Asuntos Políticos. En febrero de 1978 desapareció dicho puesto y Abril Martorell sustituyó a Enrique Fuentes Quintana como vicepresidente segundo del gobierno para Asuntos Económicos. En septiembre de 1980 acabó su labor en el gobierno, al ser reemplazado por Leopoldo Calvo Sotelo. Durante esos años resultó imprescindible todo su trabajo negociador, especialmente el desempeñado junto a uno de los principales dirigentes de la oposición, el socialista Alfonso Guerra, y cuyo más singular fruto fueron los llamados Pactos de la Moncloa, aunque también participó en la fase final de la negociación de la Constitución. Desde entonces abandonó casi por completo su participación política y se dedicó a la actividad empresarial, que le llevó en 1991 a ser vicepresidente del recién creado Banco Central Hispano. No obstante, un año antes el gobierno socialista encabezado por Felipe González le nombró presidente de una comisión que analizó el sistema estatal de salud.

Casado con Luisa Hernández Gallego y padre de seis hijos. Falleció el 15 de febrero de 1998 en Madrid víctima de un cáncer de pulmón sin llegar a ocupar el cargo de ministro de Sanidad. A pesar de ello, su contribución al sector pasó a la historia gracias al informe que tomó su apellido y que ha sentado las bases de la moderna gestión de recursos.

Quienes formaron bajo su presidencia la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud que redactó el citado informe destacaron su capacidad de síntesis, que hizo posible que durante unas horas escuchara sentado y sin apenas tomar notas a médicos, economistas y políticos para después traducir y condensar toda esa información en un texto que destacó por su clarividencia.

Su segunda gran aparición en la sanidad se produjo en 1995, durante la huelga de hospitales del Insalud. El sindicato CESM le pidió que interviniera como mediador y Abril logró en menos de 30 días un acuerdo que se había buscado durante seis meses.

Cuando se le diagnosticó su enfermedad, le ofrecieron ser tratado en Estados Unidos, pero se negó porque el pensaba que allí no había nada que no pudiera ofrecerle la altamente cualificada medicina española.

## **INFORME ABRIL**

El informe de la comisión, encargada de evaluar la asistencia sanitaria pública, para el análisis del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 1991, conocido como Informe Abril, sigue siendo considerado por los expertos como uno de los textos más influyentes de la política sanitaria española, pese a la escasa aplicación práctica que han tenido sus recomendaciones.

Los problemas de la sanidad pública tienen dos orígenes principales, relacionados con la demanda y la oferta de la asistencia sanitaria: la gratuidad provoca una escasez sistemática, mientras que la provisión pública es

ineficiente. Por ello, el Informe Abril recomienda cobrar tasas moderadoras y poner en marcha otras medidas, que contengan el exceso de demanda, y convertir los hospitales en empresas públicas, con el fin de lograr mayor eficiencia. Su meta es construir un mercado interno donde la adquisición y provisión de los servicios dependerían de diferentes organismos y los proveedores competirían entre sí.

El informe cumplió con su objetivo: civilizar el debate sanitario que estaba muy politizado, dotándolo de una base técnica. Pretendía por una parte mejorar la gestión de los recursos tanto humanos como técnicos y de espacio sanitario logrando con ello una asistencia sanitaria de una mejor calidad a toda la población, sin perder de vista otra finalidad, de tipo economicista, la más preocupante y prioritaria para la administración, encaminada a contener; e incluso si fuera posible, disminuir el gasto sanitario que se creía excesivo y con una tendencia al crecimiento, insostenible en un futuro más o menos cercano.

Paradójicamente, el documento fue recibido con el rechazo de la mayoría de los agentes implicados y cierta frialdad por parte del entonces ministro de Sanidad, Julián García Valverde. La mala prensa de las 64 recomendaciones que intentaban remediar los defectos encontrados, se debió en parte a la crispación política del momento. También lo contemplaron con cierta desidia los dos grandes partidos.

El Informe Abril es también reconocido como la puerta de entrada de la nueva gestión en el sistema sanitario. Fue víctima de una difusión parcial y, como consecuencia, denostado. Catorce años después, ya nadie rebate principios como la división entre financiación, compra y provisión de recursos, y gestores de uno y otro signo político llevan a la práctica muchas de sus recomendaciones.

El Informe optó por el mercado interno, siguiendo el camino de Gran Bretaña y, en menor medida, Suecia. Ambos países partían de situaciones organizativas más racionales, por lo que era dudoso que nuestra sanidad pudiera beneficiarse de imitar cambios tan ambiciosos. La Comisión basó sus recomendaciones en que, por la complejidad y volumen de la asistencia sanitaria, la burocracia administrativa no sirve para gestionarla.

Una de las recomendaciones llevada a cabo fue que los hospitales y áreas de salud se convirtieran en sociedades anónimas estatales, aunque no por ello se garantizase una mayor eficiencia, sobre todo si se otorgaba una autonomía decisoria y no se exigían responsabilidades. Actualmente el margen de maniobra de los decisores es mínimo, como consecuencia, no de la centralización, sino de la organización cogestionaria y la politización directiva de los centros asistenciales.

En cuanto a las relaciones laborales, el Informe consideraba que el antiguo marco estatutario, casi funcional, no sirve para resolver los conflictos, y dificulta el uso de criterios de eficiencia y la motivación del personal. La Comisión propuso adoptar la legislación laboral para el personal de nuevo ingreso, mientras que el personal antiguo mantendría el régimen seguido hasta ese entonces, si bien solo cobraría la retribución básica del Insalud o de los servicios autonómicos, y habría de negociar con cada centro de retribución variable.

En cuanto a los derechos ya adquiridos, se creyó absolutamente necesaria una mayor flexibilidad en la vinculación del personal, introduciendo modificaciones profundas en la regulación laboral, especialmente en lo referido al personal de gestión.

Otras recomendaciones de la Comisión en lo que respecta a la contabilidad fueron, desde estimar el coste de las prestaciones a convertir los departamentos hospitalarios en centros de coste/beneficio, que cobrarían los servicios prestados mediante precios de transferencia y cargas nominales.

Todo tipo de control, y más quizá el administrativo, es en gran medida un control del fraude. Por falta de voluntad política o de instrumentos jurídicos, se toleraron o sancionaron con blandura actuaciones profesionales incorrectas y situaciones sistemáticas de fraude, como la venta encubierta de recetas de pensionista, el uso privado de medios clínicos o el incumplimiento del horario. La Comisión subestimó el fraude y tendió a ver algunas de sus variantes como consecuencia de problemas de formación.

Se pretendió que los hospitales tuvieran incentivos para adaptar su oferta a la demanda y fueran perfectamente capaces de diseñar la mezcla más eficiente de productos, que incluiría servicios de atención geriátrica y crónica con bajo contenido sanitario.

El Informe aconsejó engrosar diversas estructuras gerenciales: instalar sendos sistemas contables, externo y analítico; crear un organismo acreditador del personal contratable, potenciar el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud en su actividad estratégica; reforzar la capacidad gerencial; establecer un mecanismo nacional para evaluar la adopción de nuevas tecnologías y medicamentos; y crear un Instituto para estudios económico-sanitarios. En este también se recomendaba que el Servicio Nacional de Salud subcontratara el mayor número posible de actividades, en especial los nuevos servicios; que se proporcionaran prestaciones opcionales que no estarían financiadas con fondos públicos, sino, en su integridad, por los pacientes; que las prestaciones cubiertas mayoritariamente con fondos públicos se limitaran a las que se dispensaban gratis en 1986 a todos los usuarios; y que las nuevas prestaciones estén sujetas a decisiones específicas, en las que las excluidas se cofinanciaran.

Se aconsejó financiar con las cotizaciones de la Seguridad Social una parte mayor del gasto en sanidad, con el fin de hacer más visible el coste a los cotizantes y de que el déficit repercutiera sobre ellos con mayor rapidez.

De las 64 recomendaciones expuestas en el Informe Abril, sólo tres trascendieron a la opinión pública: el pago de los pensionistas del 40% de los medicamentos recetados, la limitación de las prestaciones sanitarias básicas y la mayor participación de los pacientes en los costes. Sin embargo, nadie se molestó en explicar que también aparecía como requisito indispensable la subida de la pensión de los jubilados en la misma cuantía de lo gastado en fármacos.