

D

ICEN QUE LOS CÁNTABROS HABLAN *cantando*, y en Tomás Cobo (“cántabro hasta la médula”) ese peculiar y característico acento en la última sílaba de cada frase es una suerte de subrayado que refuerza la contundencia de sus opiniones. Y algunas lo son mucho. Su filosofía de vida, dice, está más cerca de John Lennon que de Alejandro Magno, pero cuando le *tocas* la precariedad laboral, los bajos sueldos del médico español o el sempiterno y nonato pacto sanitario reparte *mandobles* como el mejor Russell Crowe de Gladiador. Anestesiasta en el Hospital de Sierrallana y en la Clínica Mompía (ambas en Cantabria), aplaca sus *místicos ardores* de “profundo creyente en Europa” como vicepresidente (uno de los cuatro actuales) de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS). Acaba de salir de una guardia y, después de tonificarse con una carrera por un parque santanderino, posa para nuestro fotógrafo a orillas de su amado Cantábrico. Hasta febrero de 2025 (cuando expira su mandato como presidente de la OMC), “iré mucho por Madrid”, nos dice, pero el alma le aflora a los labios y delata sus querencias: “¡Qué *guapa* está hoy Santander!”. La *brisuca* del mar le suelta el pelo... y la lengua.

PREGUNTA. Han pasado casi 200 días entre su victoria en las urnas y su toma de posesión oficial como presidente de la OMC. ¿Tanto se lo ha tenido que pensar? Casi le ha dado tiempo a arrepentirse de asumir el cargo.

RESPUESTA. ¡Qué va! Arrepentimiento ninguno. Esa demora es fruto exclusivo de la pandemia. Sencillamente, hasta ahora no se

daban las condiciones necesarias para convocar la toma de posesión con la solemnidad y el protocolo que suelen acompañar a estos actos. Además, yo quería que tomáramos posesión simultáneamente todos los nuevos miembros de la Comisión Permanente, y la vicepresidente primera no ha sido elegida hasta finales de julio. No podemos perder de vista que somos la primera entidad médica nacional que tiene una junta absolutamente paritaria.

P. Su toma de posesión estuvo nutrida de altos cargos nacionales e internacionales, fruto de su larga trayectoria institucional, pero supongo que reflejo también de su talante. ¿Cómo se lleva con el equipo del ministerio que más le atañe?

R. Pues si desciendo a su titular, a la propia ministra, le diría que, en líneas generales, muy bien. Es verdad que hemos tenido un conflicto muy evidente con ella con el tema de la adjudicación de plazas MIR, pero mi forma de actuar en este tema ha sido la que habitualmente sigo: identificar problemas, intentar acercar posturas y crear sinergias para solucionarlos; no generar conflictos. Así vivo mi vida en general.

P. Pero no me negará que lo de la adjudicación de los MIR se ha parecido, y mucho, a la imagen que todos tenemos de un conflicto con todas las letras.

R. Qué duda cabe de que ha sido un tema espinoso, aunque solo sea por el cambio de concepto que implicaba: hemos pasado de la libre elección a la adjudicación de plaza. Ahora bien, la digitalización es un proceso obligatorio e ineludible. Habrá que optimizarlo y hacerlo de la mejor manera

posible, pero no se le puede dar la espalda, igual que no se la dimos en su día al salto de la historia clínica en papel a la electrónica.

P. Es tan ineludible de hecho que la orden de la próxima convocatoria MIR deja claro de nuevo que la adjudicación de plazas será cien por cien telemática...

R. Eso es. Ahora, el compromiso es reunirse con nosotros para dilucidar cómo articulamos el proceso. De hecho, ya nos han convocado para el 5 de octubre. El argumento del Ministerio de Sanidad es que el 70% de los electores de la última convocatoria ha obtenido la plaza a la que optaba en primer lugar y que el volumen de renunciaciones ha sido, aparentemente al menos, más bajo que en otras convocatorias. Veremos, porque estas son cifras del ministerio y de las comunidades.

P. ¿Más que de la relación entre el ministerio y la OMC, no habría que hablar, ahora, de la relación entre Carolina y Tomás? ¿Hasta qué punto la química personal, o la falta de ella, condiciona las relaciones entre las instituciones?

R. Pues supongo que mucho. Desde luego, mi relación con Carolina, como usted dice, es franca, abierta y absolutamente positiva. Y no solo con ella, sino con la parte de su equipo con la que he tenido contacto, y pienso por ejemplo en Vicenç Martínez, el director de Ordenación Profesional.

P. El otro día, en su toma de posesión, volvió a poner sobre la mesa la necesidad de un pacto por la sanidad. Sinceramente, lo del pacto empieza a parecer de *primer ministro de presidente de la OMC*. ¿No le han contado sus predecesores que no sirve de nada reclamarlo, que la clase política está aquejada de sordera?

R. No, hombre, no. Esto es como una suerte de *síndrome de William Wallace*, y a ver si a mí me toca ser William Wallace en este tema. Mire, la humanidad ha estado al borde del abismo, y no lo digo como una frase hecha ni un titular grandilocuente. Apelo a la experiencia pequeña. Me acuerdo perfectamente de la guardia que hice con mi compañero el 22 de marzo de 2020 en el Hospital de Sierrallana: acabábamos de ingresar a un paciente en Cuidados Intensivos, teníamos ya todo Intensivos lleno, Urgencias a tope, todas las camas cubiertas y nos quedaban dos quirófa-

FUTURO

“

ROZAMOS EL ABISMO, Y YA NOS HEMOS OLVIDADO DE LAS FOTOS DE ATAÚDES, MORGUES U HOSPITALES”

“

¿PACTO POR EL EMPLEO? ME LLAMO TOMÁS Y, COMO MI SANTO, “NO CREERÉ SINO CUANDO VEA”

“

NO SÉ SI LA PRECARIEDAD EXIGE UNA LEY DE PUNTO FINAL, PERO SÍ MEDIDAS MÁS ALLÁ DE LAS CCAA”

“

NEGRO SOBRE BLANCO, TODO QUEDA BIEN, PERO LA CONCLUSIÓN SIEMPRE ES LA MISMA: NO HAY DINERO”

nos... y seguían llegando pacientes. Olvídate ya de gorros, mascarillas o equipos básicos, es que no había espacio físico para meter a los pacientes. Y le estoy hablando de Cantabria; no quiero ni imaginar lo que pasaba en Madrid o cómo estaban en Italia esos días. Se nos olvidan muy pronto las imágenes de los ataúdes, de las morgues, de los hospitales improvisados... Estuvimos dos semanas literalmente al borde del abismo y no nos precipitamos por él gracias al modelo de sanidad que teníamos. En este contexto, ¿usted cree que el presidente de la OMC se puede cansar de pedir un pacto que garantice el mantenimiento de ese modelo sanitario?

P. ¿Le dijo todo eso a la ministra de Sanidad el otro día, cuando la tuvo *a tiro* en su toma de posesión?

R. A la ministra lo que le dije es que ella tenía la responsabilidad de identificar los problemas y, luego, de generar las suficientes sinergias en el Parlamento para dotar de presupuesto a las soluciones encaminadas a solventar esos problemas. Ahora bien, la responsabilidad última no es solo de la ministra, de esta o de quien esté, sino de todos los que estamos implicados en esto. Porque el modelo que tenemos se mantiene con profesionales, con esos mismos profesionales que cada vez están más *quemados*. Y la vocación está muy bien, pero tenemos ya una generación de profesionales, y detrás vendrán muchas más, que no son ajenas a esto de la vocación, pero que cada vez están mejor formadas, con más idiomas, más medios y mejor acceso a la información, y eso les abre puertas para compaginar lo de la vocación con sus intereses personales. Así que a nadie le extrañe que esos especialistas acaben trabajando de lunes a viernes en Londres, por ejemplo, y luego cojan un avión para pasar el fin de semana en España.

P. Por muy encomiable que sea su empeño y el de sus predecesores insistiendo en la necesidad de un pacto sanitario, parece que los políticos siguen sin oír... o quizás es que no entienden qué les están pidiendo. ¿Sería capaz de esbozar una suerte de *Pacto para Dummies*? ¿Me lo puede resumir en cuatro trazos?

R. Mire, hay 45 propuestas que Serafín Romero llevó a la Comisión de la Recons-

trucción que se convocó en el Congreso de los Diputados. Pero, bueno, puestos a hacer pedagogía, un pacto por la sanidad se traduce en atajar de forma inmediata la precariedad laboral de la que estamos hablando. No sé si hay que promulgar una especie de ley de punto final, pero sí sé que esto requiere un acuerdo supraterritorial, algo que emane de la Administración central, y no la mera convocatoria de OPEs a nivel autonómico. En segundo lugar, hay que arbitrar una partida presupuestaria concreta y específica que permita aumentar el PIB sanitario hasta el 7% y, en tercer lugar, todo el arco parlamentario tiene que comprometerse a garantizar económicamente el sostenimiento del modelo en el tiempo, con partidas suficientes que permitan, entre otras cosas, pagar bien a los profesionales, garantizar la suficiencia de





las plantillas y asegurar la solvencia de nuestra primaria. Las 45 propuestas que la acabo de mencionar decían exactamente esto, más detallado y matizado, si se quiere, pero en esencia esto mismo. Ahora bien, todas estas soluciones quedan muy bonitas negro sobre blanco, pero cuando llega el momento de aplicarlas la respuesta es siempre la misma: "no hay dinero".

P. A eso iba. Las comunidades destinan una media del 14% de su PIB sanitario a primaria, cuando los profesionales que trabajan en este nivel llevan más de una década pidiendo un mínimo del 25%. La comunidad que más invierte en su primaria, Andalucía, está 7 puntos por debajo de ese porcentaje mínimo. ¿De qué reforma de primaria hablamos con estos mimbres?

R. Amén. Esas cifras lo dicen todo. Cómo va a conocer un especialista de Medicina

Familiar y Comunitaria a la comunidad en la que ejerce, o ni siquiera a la familia del paciente a quien trata, si le hacen un contrato de uno o dos meses, si hoy ejerce aquí y mañana vete tú a saber dónde. ¿Cómo es posible que haya quirófanos que trabajen solo de 8 a 3? ¿Habrá que abrir también por las tardes para reducir las listas de espera, no? Pero, claro, si abro por la tarde, tendré que buscar a más profesionales o pagar mejor a los que ya tengo. Dicho esto, y dado que no se trata de instalarse permanentemente en un discurso pesimista y negativo, también le diré que hay algún atisbo menos cortoplacista: existe una llamada Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, que depende de Presidencia de Gobierno y que se encarga, en teoría, de plantear proyectos en ámbitos muy diversos con vistas a 2050. El director de esa

Oficina nos ha llamado ya un par de veces y hemos tenido oportunidad de plantearle, en una charla tranquila, ligera y distendida, nuestra visión sobre la situación sanitaria actual. Vamos a ver qué sale de ahí, pero el mero hecho de que se planifique con una visión a más largo plazo, de entrada, parece positivo.

P. ¿Y por dónde le han dicho al director general de esa Oficina que hay que empezar a coger el toro de la sanidad española?

R. Mire, los problemas que exigen soluciones urgentes son muchos, pero, si yo pudiera gobernar ahora mismo, lo primero que haría sería escuchar a los profesionales... y hacerles caso. La urgencia es ahora mismo la situación de los sanitarios y, dentro de ellos, sin ninguna duda, el personal médico. El que no entienda que la atención al paciente en pleno siglo XXI ha de ser

multidisciplinar, no ha entendido nada; pero el que no entienda que el liderazgo de esa acción multidisciplinar le corresponde al médico, por años de formación y por su responsabilidad, tampoco habrá entendido mucho. O atendemos a los profesionales en los tres ámbitos que he repetido ya hasta la saciedad -formación, precariedad laboral y salarios- o esto se irá a la *garete*, pero no porque nosotros vayamos a abandonar el barco o a hundirlo, sino porque suave e indefectiblemente entrará en una deriva que lo llevará al fondo. Como siempre, los que tengan *pasta* se bajarán a tiempo del Titanic, pero el resto se hundirá con él.

P. O le entiendo muy mal o está hablando usted de un sistema sanitario público que se parecería poco al actual, ni en recursos, ni en alcance, ni en prestaciones.

R. Pues mire, eso es lo que

PRESENTE



PESE AL CONFLICTO DE LOS MIR, MI RELACIÓN CON DARIAS ES FRANCA, ABIERTA Y POSITIVA"



O HABLAMOS YA DE BAJOS SALARIOS, PRECARIEDAD Y DÉFICITS EN FORMACIÓN, O ESTO SE VA AL 'GARETE'"



CORREMOS EL RIESGO DE QUE LA EUTANASIA SALGA DEL ENTORNO DE LA SANIDAD PÚBLICA"



EL PUERIL MANIQUEISMO DE LA CLASE POLÍTICA NO PUEDE JUGAR CON ALGO TAN SERIO COMO LA SANIDAD"

tiene la deriva incontrolada, que nunca sabes hasta dónde te lleva. Y la clave está en algo tan sencillo, y a la vez tan complejo -no lo niego-, como reforzar los amarres actuales.

P. Por seguir con su metáfora, ¿qué espera la OMC de uno de esos amarres, el plan de choque contra la temporalidad laboral en la Administración pública, un plan que aspira a reducir la eventualidad por debajo del 8% en tres años?

R. Me llamo Tomás y, como el santo que me da nombre, "no creeré sino cuando vea". Vamos a lo mismo de antes: planes hay muchos, pero yo quiero realidades. Yo quiero que mi compañero que lleva 15 años operando en el mismo hospital, que tiene ya casi 50 y un contrato sometido al vaivén de las circunstancias, tenga una solución lo más rápida posible y mejor. Y el perfil que le estoy describiendo es muy habitual: profesionales de más de 50 años, con mucha experiencia, hijos, responsabilidades familiares y muchos quebraderos de cabeza, y que a la hora de prepararse una oposición están en una clarísima inferioridad de condiciones con respecto a gente de 32 años, casi recién titulados.

P. "Escuchar al profesional y contar con él". Esa debería ser, según usted, la prioridad actual de los gobernantes. ¿La tramitación de la Ley de Eutanasia es un ejemplo de lo poco que se está contando con ustedes, los médicos?

R. Uno de los más recientes, sin duda. Nos hubiera gustado ser más partícipes en la elaboración de esa norma, porque hablamos, al fin y al cabo, de una actividad asistencial que nos tocará desarrollar en el entorno que nos corresponda y, en líneas generales, creemos que la ley no aborda suficientemente aspectos tan importantes como los cuidados paliativos o la atención sociosanitaria, por no hablar de la regulación de la objeción de conciencia del profesional. Dicho esto, es evidente que la ley ha sido aprobada por la mayoría del Parlamento y vivimos en una democracia que se basa en eso, en la representación parlamentaria. A partir de ahí, el Código Deontológico no puede estar por encima de la ley, lo que no quita para que nosotros insistamos en dejar claro que la eutanasia no es un acto médico.

P. Sí, eso dice el Código ●●●