



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

X Legislatura

Pamplona, 30 de enero de 2023

NÚM. 4

**COMISIÓN ESPECIAL DE SALUD
PARA ACORDAR Y ASENTAR LAS BASES DE UNA NUEVA
LEY FORAL DE SALUD**

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.^a PATRICIA FANLO MATEO

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 30 DE ENERO DE 2023

ORDEN DEL DÍA

— 10-22/CIE-00001. Comparecencia de D. José Ramón Repullo y D. Álvaro Iruiñ para informar sobre modelos de gestión en Atención Integrada.

(Comisión transcrita por Naturalvox S.A.U.)

(Comienza la sesión a las 13 horas y 11 minutos).

10-22/CIE-00001. Comparecencia de D. José Ramón Repullo y D. Álvaro Iruin para informar sobre modelos de gestión en Atención Integrada.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Damos comienzo hoy a esta Comisión Especial de Salud para acordar y asentar las bases de una nueva ley foral de salud. El tema que va a versar hoy es la asistencia integral, la atención integral. Contamos con dos ponentes. Primero es el señor José Ramón Repullo. Voy a hacer un breve resumen de su extenso currículum.

Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid, máster en planificación y financiación sanitaria en la Universidad de Londres, científico titular de organismos públicos de investigación, Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Director Académico de los másteres en Administración Sanitaria y Dirección Médica, Gestión Clínica. Ha gestionado hospitales dirigiendo la oficina del Insalud de Madrid, ha trabajado en la acreditación de hospitales y desempeñado el puesto de Director General de Planificación, formación e investigación en la Consejería de Salud de Madrid y autor de casi doscientas publicaciones, Presidente de Sespas y miembro del Consejo Asesor de la OMC y la revista *Gaceta Sanitaria*. Si me dejo algo, seguro que algo nos habremos dejado en el tintero.

Presento al segundo ponente de hoy, que es el doctor Álvaro Iruin. Él es licenciado en Medicina, especialista en Psiquiatría, Jefe de Asistencia Psiquiátrica de Salud Mental de Osakidetza del año 1999 al 2007, si no me equivoco, en Vitoria y Director Gerente de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa de abril de 1998 hasta la actualidad, si no me equivoco, en San Sebastián, Donostia.

Vamos a dar comienzo a esta sesión de esta Comisión de Salud, y doy la palabra a... Bueno, para recordar un poco, tienen como treinta minutos de exposición y, luego, daremos el turno de palabra a los distintos portavoces. Muchas gracias.

SR. REPULLO LABRADOR: En primer lugar, debo agradecer la invitación a participar en esta sesión. Para mí es un placer, un motivo de enorme satisfacción. Estoy muy vinculado a esta Comunidad porque tengo muchos antiguos alumnos. He participado en iniciativas formativas que desarrolló el Colegio de Médicos, también la Universidad, y este tema de cómo fundamentar una iniciativa legislativa me parece que es muy meritorio, porque permite ensanchar el horizonte técnico para intentar sintonizar los grandes temas que deberían componer una estructuración del marco normativo. Por tanto, gracias.

La presentación que traigo..., voy a empezar al revés, empezando por las conclusiones, para un poco centrar los mensajes. Por lo tanto, los temas clave, primero, creo que es esencial acotar bien los espacios y propósitos normativos de esas leyes que aportan un marco institucional. Hay que entender que los servicios sanitarios tienen muchos retos complejos donde entra lo macro, lo meso y lo micro y, además, algunos de estos desafíos exceden el marco autonómico y nos obligan a tener en cuenta el contexto del Sistema Nacional de Salud.

El tercer mensaje entra ya más directamente en los temas de la medicina, de la integración. Quizás podríamos hablar de una medicina fragmentada por especialidades como herencia del

siglo XX, y que ha supuesto un reto a esto que llamamos integración asistencial, pero también, y en eso me detendré algo más, en la organización territorial. Por lo tanto, ahí tenemos instrumentos y experiencias que creo que podemos aprovechar.

Donde tenemos más dificultad es en este punto cuarto, lo que ha sido la medicina del siglo XXI, a veces llamada también tecnomedicina, donde se ha, no fragmentado, sino atomizado, y ha planteado muchas dificultades para integrar la acción de las subespecialidades, generar, digamos, una medicina de calidad, segura y, además, sostenible en términos económicos. Por lo tanto, este es el reto que tenemos aquí. Por lo tanto, las alternativas están más abiertas. Ya les anticipo que tiene que ver con la necesidad de contar con un componente de síntesis, como podría ser la Atención Primaria, y también un reto de conocimiento y de reorganización de la alta especialización.

En último lugar, los modelos asistenciales, para cerrar esta aproximación hablaríamos de dos conceptos que son muy importantes: la gestión clínica y la integración asistencial; y algunos consejos basados en por dónde va el pensamiento del mundo científico y profesional de la planificación y gestión. Vamos allá. Bueno, esos son los cinco puntos en los que se han basado las recomendaciones.

Marco regulatorio. Aquí me atreveré simplemente a hacer algunas consideraciones. Primero, que son importantes, porque funcionan como cimientos legales para, sobre ellos, construir la institucionalidad. La ordenación del espacio normativo es relevante para que los desarrollos legales sean coherentes y no contradictorios.

Los preámbulos, bueno, si nos gusta hacer literatura y crear un texto muy inspirador, ese es el lugar donde hacer literatura, pero el texto articulado debería tener una buena manufactura formal, concisión y claridad, una excelente técnica jurídica y una cobertura precisa, no detallista, de los contenidos técnicos. Por lo tanto, lo digo porque la producción normativa, sobre todo de esta última época, está siendo muy literaria, y quizás demasiado farragosa para luego la interpretación.

Es importante pensar y definir previamente qué conviene regular, si se trata de aspectos de habilitación o prohibición, que sería el núcleo más duro de la acción normativa, si va a implicar alguna relación con la financiación, no tanto con los contenidos de financiación sino con el modo de financiación, con la gestión presupuestaria, en qué medida va a actuar en la generación o gestión de los recursos materiales y humanos. La mayor parte de estas leyes de los servicios de salud de las comunidades autónomas tienen un gran componente de organización: qué estructuras, qué organización, qué funcionamiento, qué procedimientos van a desarrollarse. Por último, productos y servicios, es decir, en qué medida definimos en el marco normativo, por ejemplo, en este ámbito, cartera de servicios, prestaciones, garantías, etcétera.

Las tentaciones a evitar en las leyes marco sectoriales, y ya digo que son a evitar porque prácticamente muchas leyes de los servicios de salud de las comunidades autónomas incurrir en estos problemas, en primer lugar, sería el detallismo regulatorio, en cierta manera, acompañado del oscurantismo legal. La fantasía de blindar sistemas y dictar el futuro, ese es otro problema. El blindaje se ha puesto de moda, pero, si miramos con atención la

Constitución española, veríamos que, en teoría, hay blindajes que luego la economía o los medios acaban vaciando. Digamos que no está mal que se formulen, ya depende de ustedes que tienen iniciativa legislativa, pero no se debería gastar demasiado tiempo en solemnizar derechos que luego no se pueden gestionar por falta de recursos.

Luego está la pulsión de control y la desconfianza en las organizaciones, importante. Es decir, hay una pulsión de control, especialmente cuando ha habido casos de corrupción o mala utilización de lo público, que crean unas normas que alteran la capacidad de gobernanza o gestión, y esto es un grave problema desde el punto de vista de los que luego nos tenemos que dedicar a gestionar servicios públicos.

Por otro lado están las virtudes a ejercitar. El marco normativo debe señalar la dirección y el sentido de avance. No tanto los senderos por donde transitar, pero sí la dirección. Debe también incidir en esto, que yo creo que ha sido una gran enseñanza del siglo XX, el contractualismo público. Es decir, qué acuerdo, digamos, formalizado tiene que haber en la financiación que se otorga a las organizaciones públicas y a los compromisos de actividad y calidad en los cuales estas organizaciones basan su rendición de cuentas. El contractualismo público creo que es una buena conclusión, ha funcionado bien en muchos países. En España también tiene buenos resultados, aunque luego lo hemos ido abandonando en medio de los problemas o de las emergencias o los problemas, digamos, que han sucedido.

Finalmente, hay que aplicar los principios del buen gobierno, luego me referiré a los temas. Hay una idea de que regular con mucho detallismo aporta seguridad jurídica. Bueno, yo tengo mis dudas. Creo que no es del todo cierto, porque, cuando hay que ser muy detallista, lo importante a veces se obvia. Lo conflictivo, que siempre hay temas conflictivos, se redacta con ambigüedad y, finalmente, lo irrelevante se hiperreglamenta. Este sería un poco lo que... Por tanto, nos encontramos que falta sustancia y que crece lo trivial en la normativa.

Esa sería una publicación que recomiendo, sobre cómo se está concibiendo el mundo del buen gobierno. (MUESTRA DIAPOSITIVA). Igual el profesor Freire, que le encantan estos temas, hizo alguna relación a esta transparencia, rendición de cuentas, participación, integridad, y el último, que es importante, la capacidad técnica en el desarrollo de políticas y acciones de gobierno. Por lo tanto, estos temas están empezando a ser un consenso importante en la comunidad científica, técnica y politológica a nivel internacional.

En lo que se refiere a los espacios de regulación, y voy acabando este primer punto, tenemos un primer espacio que es el de salud y salud pública, que tiene un fuerte componente intersectorial y gubernamental. Ahora, con la covid, nos hemos enterado de qué es la salud pública. Hasta ahora se confundían sanidad pública y salud pública, pero salud pública son unas técnicas para proteger la salud, prevenir la enfermedad y crear estructuras que nos defiendan de los factores de riesgo. Por lo tanto, son intervenciones muy específicas, muy subdesarrolladas y muy apartadas de... Pero fíjense, la importancia es que la mayor parte de la mortalidad y del sufrimiento evitable hoy lo tenemos en determinantes de salud que están en otras consejerías. Por lo tanto, necesitamos políticas gubernamentales saludables, y este plano hay que trabajarlo bien. Además, me atrevo quizás un poco a aconsejar que igual sería objeto de una aproximación normativa diferenciada.

Luego tenemos los servicios sanitarios, aquí ya es más complicado, porque hay una regulación general del sector salud. La Consejería de... ¿Se llama Salud aquí o Sanidad? ¿Cómo es? ¿Salud? (MURMULLOS). La Consejería de Salud tiene que regular todo el sector. Por lo tanto, la sanidad privada está también metida y las farmacias y todo lo que tiene que ver con este ámbito. Por lo tanto, hay un marco de regulación que excede a Osasunbidea, por decirlo de una manera práctica.

Es evidente, Osasunbidea es el marco más fuerte, el núcleo más denso de actividad, de responsabilidad y, por tanto, de acción normativa. ¿Cómo enfocamos el aseguramiento colectivo de riesgos de enfermar, ese plano de aseguramiento que tiene mucha conexión con el Sistema Nacional de Salud? Claro, las carteras de servicio comunes están ahí. ¿Cómo prestamos servicios de atención a la salud? ¿Con qué organización? ¿Con qué marco de funcionamiento para los centros propios? Y también, ¿cómo gestionamos la relación con los centros y servicios externalizados o concertados?

Finalmente, no olvidemos que este sector produce algunos de sus factores de producción, como son la producción de profesionales y la generación y difusión del conocimiento. Por lo tanto, ese es un tema importante, más, y esto lo acabaré al final... El último factor decisivo para la sostenibilidad va a ser el conocimiento. Por lo tanto, hay que invertir en eso, porque de eso va a depender que tengamos respuestas apropiadas.

Aquí voy a ir más rápido. Retos de macro, meso y microgestión, que es esa urdimbre de las reformas del Sistema Nacional de Salud. Supongo que están al tanto de ese concepto de macro. El tema proviene de un informe del Institute of Medicine del 2001, *Crossing the quality chasm*, y habla de los pacientes, la relación médico-paciente es el primer nivel, luego las unidades clínicas, lo micro, los microsistemas, las organizaciones, por ejemplo, los hospitales o las gerencias de Atención Primaria, después está el nivel meso, de mesogestión, y el nivel de macrogestión. Osasunbidea sería un ejemplo de esto.

Luego, también importa mucho en la literatura actual una especie de ámbito transversal que tiene que ver con el conocimiento, la tecnología, la industria o la regulación y el funcionamiento de las profesiones. Si lo ponemos en clave, digamos, el sistema de salud tiene el ámbito macro, meso, micro; los nanosistemas es la relación bilateral personalizada entre el médico y el paciente; y luego, este parasistema que nos acompaña, y que es muy importante, que es el conocimiento, la tecnología, la relación con el mundo industrial, potentísimo en este sector, y también la regulación de las profesiones.

Nos encontramos, por lo tanto, en un ámbito de hay mucha literatura. Yo me atrevería un poco a señalar un artículo que hicimos el profesor Freire y yo hace algún tiempo, donde relatábamos veinte políticas específicas que iban dirigidas no tanto a sueños como a pesadillas que tiene el Sistema Nacional de Salud, y que deberían de promover cambios y reformas para ir, de alguna manera, resolviendo problemas. Aquí lo tienen, son veinte políticas, y he señalado con iluminador algunas de las que me parece más pertinentes.

En el nivel macro, la necesidad de potenciar instrumentos de gestión, y también otro tema, la revisión del marco estatutario. Ustedes tienen un marco funcional, pero quizás el equivalente en Navarra de este debate que ahora recorre el conjunto del Sistema Nacional de

Salud sería si debería haber una función pública sanitaria más especializada para encajar las singularidades de un trabajo que se diferencia mucho del tipo de desempeño del conjunto de cuerpos funcionariales de otros sectores y Administraciones.

En el nivel meso hablamos del tema de personal y presupuesto, y luego me referiré a él con los temas que yo creo que están siendo más debatidos a nivel internacional, que es el tema de los contratos de gestión y su aplicación al interior de la gestión de los centros y servicios sanitarios, que es a lo que me refiero en el siguiente punto de gestión clínica, o los acuerdos de gestión clínica.

Del entorno, quizás un poco esta referencia que hice antes, la importancia de trabajar en la integridad y en la inteligencia. La integridad es la anticipación, la reducción *ex ante* de los conflictos de interés. Vamos a ser menos ambiciosos: mitigar los conflictos de interés. Es muy difícil, en un sector con *lobbies* tan potentes, evitarlo, pero sí mitigar su efecto y la inteligencia que la estructura técnica de la Administración sanitaria autonómica de Navarra tenga músculo intelectual como para soportar la elaboración y el desarrollo de buenas políticas.

El tercer elemento es la integración asistencial, que es, como decía antes, el gran tema que surgió y se desarrolló a lo largo del siglo XX, lo que llamamos medicina especializada. La pregunta es: ¿cómo afrontar los retos de la fragmentación asistencial y de la accesibilidad territorial? Son los dos grandes tópicos heredados y, por supuesto, no resueltos, pero que forman parte del tapiz donde ahora se añaden otros problemas más recientes.

A ver, la expansión del conocimiento y la técnica médica durante el siglo XX fue enorme, exponencial, y ese crecimiento siguió lo que algunos llaman el modelo «Flexneriano». Flexner fue el creador de la moderna facultad de medicina en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, y básicamente nacieron las especialidades dentro del mundo hospitalario, que se inventaron el hospital, en cierta manera, que consolidaron entramados mundiales de especialistas, que sincronizaron a nivel planetario todo el conocimiento médico a través de las especialidades, con revistas de referencia, congresos internacionales.

Por lo tanto, antes de que se inventara el término «globalización», la medicina ya estaba sincronizada a nivel global. Lo que se lee cada mañana en *The Lancet*, *New England*, *Cell* se puede aplicar al día siguiente en todo el planeta, y esto es una realidad. Por lo tanto, necesitamos concebir el trabajo sobre el mundo especializado a partir de instrumentos de conocimiento.

Por último, el problema enorme que tenemos, ese riesgo de influencia y de captura externa, que tiene que ver con el ámbito de la tecnología, medicamentos, etcétera. Por lo tanto, capturando unos pocos líderes profesionales internacionales, influyen en todo el mundo profesional médico.

En esto voy a ir rápido, pero fíjense qué es lo que nos pasó a lo largo del siglo XX. La medicina, que antes era, como mucho, un ámbito con un bloque médico, otro quirúrgico, ginecobstétrico, pediátrico y psiquiátrico, se desarrolló en más de cincuenta especialidades. Yo os anticipo que en el siglo XXI en realidad estamos trabajando con unas doscientas subespecialidades, y obviamente, como cualquiera puede imaginar, aquí, coordinar todo esto

tiene unos enormes costes de transacción o de coordinación. Este sería el problema que enfrentamos a lo largo del siglo XX. Tenemos, por lo tanto, un crecimiento muy complejo, difícil, con muchos interlocutores y, además, una de las respuestas que me interesaba plantear ha sido cómo se articula eso cuando cada especialidad tiene ámbitos diferentes de influencia.

El modelo clásico con el que se enfrentaba la organización sanitaria era lo que algunos llamaban red hospitalaria cerrada, un hospital general con su población. Como ven, ese hospital es como dos átomos, de vez en cuando pueden formar una molécula, pueden colaborar, pero esa colaboración es, de alguna manera, esporádica, y tiende también a romperse. Es decir, son acuerdos de colaboración puntuales. La plantilla médica y los pacientes, en el fondo, están como secuestrados en torno a ese núcleo fuerte que es el hospital físico además, es decir, que tiene una enorme capacidad de atracción, y lo que se postula es ir hacia un modelo más de lo que serían enlaces metálicos, donde los núcleos están, sirven para organizar la malla, pero los electrones se pueden mover con cierta autonomía y libertad.

Por lo tanto, hablaríamos de una arquitectura colaborativa, donde la plantilla médica y los pacientes puedan circular en cierta medida entre los centros, y que sería muy útil para la alta especialidad, para algunas propuestas de factorías quirúrgicas, es decir, lugares donde se especializan en operar cataratas, etcétera, para hospitales de proximidad, para compartir algunos servicios centrales y generales, para la interconsulta en Atención Primaria y para la teleconsulta.

Por lo tanto, la mayor parte de reformas que está habiendo en la arquitectura de las redes hospitalarias en Europa está jugando a esto, y contar, obviamente, con la Atención Primaria, no solo como puerta de entrada, sino como supraespecialidad, que diría Barbara Starfield, y *broker* o intermediario, o centrocampista le han llamado ahora, con los símiles futboleros, que ayuda a dar coherencia al conjunto de actividades.

Esta es una experiencia que conozco de primera mano y que tiene que ver con muchos cambios que ha habido en Francia. En el caso de Toulouse se fusionaron cinco, que ahora son siete hospitales, reordenaron sus especialidades y las configuraron como *pole clinic*, como polos clínicos, de manera que, en vez de tener una dirección médica, cada uno de los polos clínicos actúa como una estructura clínica, pero también directiva y organizadora. Por lo tanto, creo que debemos darle una vuelta y estas experiencias creo que para una parte de la configuración de la red que tienen ustedes podría ser interesante.

La fragmentación asistencial, de alguna manera, aconseja una territorialización inteligente y flexible. Debemos mantener ese referente geográfico y poblacional para ordenar centros y servicios, y para darles, de alguna manera, una responsabilidad en un territorio y en una población. Por lo tanto, el modelo de hospital general de proximidad es útil, pero quizás debería evolucionar para integrarse en una red hospitalaria regional que tenga dos aspectos: una mayor flexibilidad y movilidad por el lado de la oferta, es decir, los profesionales, los servicios.

Yo creo que ustedes tienen dos áreas, Tafalla y Tudela, la parte de Pamplona. (MURMULLOS). ¿Estella? Bueno, quizá ese sería uno de los temas, qué servicios compartidos y en qué medida,

a veces, Mahoma tiene que ir a la montaña, es decir, que se puede movilizar recursos, porque fijar plantilla profesional en algunos lugares es imposible, créanme, y en un futuro no van a mejorar estas dificultades, y catalizar una mayor movilidad por el lado de la utilización de los pacientes.

Esto es un tema habitualmente poco taquillero desde el punto de vista político, pero los estudios que se han hecho, digamos, de ofrecer a los pacientes la oportunidad —ante determinadas, sobre todo, intervenciones quirúrgicas, de cirugía programada— de moverse hacia un hospital mayor, que tiene una curva de experiencia más consolidada, es bastante mejor apreciado por los pacientes, por supuesto, mucho mejor apreciado por los pacientes que por los alcaldes. Pero esto habrá que trabajarlo porque es un tema importante, y habrá que hacer mucha y buena planificación y gestión clínica, buena inteligencia en los diseños. Por lo tanto, para que esa movilidad no suponga costes inasumibles para el personal o para los pacientes, y también la participación de los profesionales en la programación de actividades.

Hay bastantes experiencias de que, si tú le dices al cardiólogo, al jefe del área de cardiología, cómo podríamos organizar el conjunto de la región, pues se hace propietario del problema y tiene capacidad de ofrecerte soluciones que quizás no aceptaría nunca si se lo proponen de arriba a abajo. Por lo tanto, los modelos participativos en muchos sitios han funcionado.

Vamos al cuarto punto. Integración asistencial en este siglo XXI, en el siglo de la tecnomedicina. ¿Cómo afrontamos los retos de la atomización clínica y los problemas de calidad, seguridad y sostenibilidad? Ese es el gran reto que no está bien resuelto. El dilema del siglo XXI es que los procesos y los procedimientos se han emancipado, se han independizado. El proceso asistencial se atomiza, hay una disgregación mercantil de la medicina. En inglés se habla de *commodification of health care*. Es decir, se convierte en una *commodity*, y la gente va al hospital a que le opere el robot o, de pronto, ya hace una demanda específica más sobre una técnica y un procedimiento que sobre un profesional o un equipo clínico, y ahí se va desvaneciendo la identidad profesional médica, a favor del subespecialista y, al final, del tecnólogo del conocimiento e incluso de la propia tecnología, que ya se anuncia como tal.

La medicina basada en la subespecialización —aquí voy a ir más rápido— tiene muchos riesgos. El atolondramiento, que las decisiones son desarticuladas, confusas, a veces extravagantes, como dice mi compañero Salvador Peiró, excelentes procedimientos, pero medicina mediocre. Es una paradoja, pero es así. También un cierto ensimismamiento, una miopía clínica, una atrofia de la curiosidad por otros signos, síntomas, órganos, sistemas, y también llega al final con una mayor inclemencia. Amor a la medicina, pero indiferencia ante el paciente.

Este es un problema que hemos trabajado mucho. Yo colaboro mucho con el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y trabajamos bastante en esta variable de la deshumanización. Bueno, esto no os lo cuento, pero el problema está en que, como cada cual se mete en su pequeña cueva, reconstruye una cosmología propia y, es más, quiere hacer prevención de su problema, y entonces te encuentras cuarenta o cincuenta prevenciones, no hay nadie que ponga un orden, y van creándose universos menos compartidos, menos efectivos, más inseguros, más alejados del paciente, menos compasivos, más deshumanizados y, por último, más alejados de la verdadera razón de ser de la medicina.

Es un gran problema el que tenemos encima de la mesa. ¿Qué se puede hacer en esto? No lo sabemos muy bien, ese es el gran reto. Por un lado, se pueden reducir los enormes incentivos que hay hoy para ser cabeza de ratón y no cola de león. Cuando tú te refugias en una subespecialidad o en un procedimiento, ese enorme mundo que produce agorafobia, donde es imposible saber todo lo que se publica, donde te da la inseguridad, cuando tienes un paciente delante, no sabes si es la medicina la que ignora o tú el que no sabe. De pronto, se simplifica y, además, hay una sociedad científica para esa pequeña subespecialidad, hay un congreso internacional. Si tienes suerte, hay un fármaco o una tecnología que te da recursos para funcionar, pero, claro, demasiados incentivos.

Podemos limitar también la posibilidad de que la oferta induzca demanda. Por lo tanto, ese subespecialista tiende a inducir la utilización, entre otras cosas, para justificar su propia existencia.

Hay que mantener abiertas rutas de repliegas y especialidades y troncos, incluida la posibilidad que deberíamos habilitar para que la gente pudiera migrar de una especialidad a otra. Cuando alguien acaba la medicina intensiva, ¿ya no puede ser anestesista y viceversa? Debería haber la posibilidad de recircular, no meternos en compartimentos estancos hasta la jubilación, y serían las pasarelas interespecialidades.

Ya digo, no lo tenemos muy claro, pero esto está aquí y se junta con esta tanatofobia social y profesional, fascinación tecnológica con una ignorancia ante el proceso del envejecimiento y la muerte, esta idea un poco de la eternidad, de trascender a la enfermedad y la muerte, que hace generar unas expectativas sociales enormes.

Por lo tanto, necesitamos desensibilizar tecnológicamente y un reacondicionamiento humano de todos los que trabajamos en este sector. Bueno, esto me lo voy a saltar.

Además, esto es útil, esto genera sostenibilidad, porque podemos reducir el uso excesivo e inapropiado de lo más caro, de lo leve pero muy frecuente, en lo frágil, es decir, el tratamiento paliativo es mucho más barato que el encarnizamiento terapéutico; en lo sofisticado, exploraciones que no añaden valor; o en lo complejo, en el tratamiento de situaciones que tienen que ver con el final de la vida, y todos estos elementos generan sostenibilidad interna del sector.

Además, se deberían contrarrestar los intereses que influyen en el buen juicio e integridad de los médicos, invirtiendo nuevos mecanismos de buen gobierno del sistema sanitario de la profesión. Miren, este es un gráfico que suelo utilizar, y que es un poco... Muchos clínicos lo consideran un poco ofensivo, pero el único problema es que es real como la vida misma. Miren, aquí están los médicos normales, los *normal dogs* y los *big dogs*, que son los séniores, y, bueno, hay una enorme influencia de estos *big dogs*, que son los que actúan como referentes de la profesión, los que hacen las guías. Pero la *big pharma*, la *big tech* y ahora la *big food* tienen una influencia enorme, focalizan en esos *big dogs* y les ayudan a concentrar un poder académico, asociativo, editorial, jerárquico, clínico y, además, son apoyados con conferencias, cursos, premios y honores. Por lo tanto, se produce una captura de la gobernanza profesional. Se han añadido ahora los *big patients*, asociaciones de pacientes que también tienen una capacidad muy fuerte de influir en las agendas políticas.

La conclusión es que, si los médicos normales siguen a sus líderes naturales, influyendo en unos pocos se puede gobernar a todos de forma eficiente. Este es un gran tema internacional que tenemos, es decir, cómo reducir los conflictos de interés.

¿Qué hacemos para enfrentar esta atomización de la tecnomedicina? No está muy claro, pero, cuando menos, creo que se aconseja, primero, proteger a los más vulnerables: pacientes frágiles, ancianos y con múltiples comorbilidades, potenciando la Atención Primaria, las estrategias de cronicidad y cuidados paliativos. Bueno, quizás también la salud mental, disculpe que me haya olvidado. (MURMULLOS). Se debe potenciar el papel de la medicina interna y la geriatría en los hospitales generales. Estrategias para las personas mayores institucionalizadas en residencias o inmovilizadas en su propia casa. Con la covid ha quedado a la vista que teníamos a nuestros mayores bastante abandonados y, por lo tanto, ahí hay otro foco de atomización.

Por otro lado, la planificación y ordenación de la alta especialidad. ¿Qué cartera de servicios conviene? ¿Conviene mancomunarlo con otras comunidades autónomas, construirlo a nivel regional, descentralizarlo? ¿Cómo se planifica, se ubica y preparan esos desarrollos de alta especialización? ¿Cómo se financian? ¿Cómo se gestionan? Hay que entrar ahí. Las consejerías de sanidad, los servicios de salud, tienen que entrar en la organización de la alta especialidad.

Finalmente, hay que trabajar modelos organizativos para estos dos conceptos de gestión clínica e integración asistencial. Voy a saltar las definiciones, pero estos serían los cambios que podrían abrir un espacio para la meso y microgestión en los centros sanitarios. Aquí voy a..., luego, me saltaré la literatura, la tienen ustedes a su disposición, pero, primer lugar, presupuestos, plurianualidad y contratos de gestión. Tema central. No puede haber un debate presupuestario desconectado de los contratos de gestión y, además, conviene que los contratos de gestión sean plurianuales, y que el presupuesto vaya ayudando a trenzar o articular esos presupuestos anuales.

Tenemos que dar más holgura para que haya un desarrollo de proyectos, es decir, reglas, marcos de gestión con autonomía real de gestión para que los centros sanitarios puedan hacerse responsables de esos objetivos a los que se han comprometido los contratos.

Evaluación del desempeño, importantísimo, es decir, rendición de cuentas. ¿Por qué? Porque, fíjense, en este sector la competencia que mejor funciona es la competencia por comparación. Por lo tanto, los indicadores vinculados a los contratos de gestión deben ser observables desde fuera, desde el día 1 de enero hasta el 31 de diciembre, para que generen capacidad de *feedback*, de corrección. Control de incentivación con cuidado, porque la incentivación blanda y basada en buena información funciona bien; la dura y que discrimina rompe los equipos, que en el mundo profesional hay una enorme interdependencia. Finalmente, la innovación en modelos de gestión contractual.

Bueno, esto lo tenemos... Perdonad, que me lo voy a saltar, lo tengo simplemente a efectos de documentación. Y... Perdonad... (PAUSA).

Luego, finalmente, la innovación en los modelos de gestión. Los contratos de gestión, ya sabemos bastante de ellos, han sido casi cuarenta años de experiencia. Importante que sean

longitudinales, no adversariales, sino relacionales. No hay dos partes comerciales enfrentadas. Es Osasunbidea con sus centros, por cualquier servicio de salud. No hay que hacer facturación. Puede haber una bolsa de incentivos, pero no un modelo de facturación. Los incentivos deben ser, sobre todo, grupales, más que individuales, que sean estimulantes en recompensas, pero no tan estimulantes que nos salgamos por las curvas. Los incentivos duros han tenido muchas dificultades. No deben ser frustrantes para perdedores, porque nos toca rescatar al que no triunfa o al que se retrasa. Simples, no hay que hacer miles de indicadores o trazadores. Cambiantes, por lo tanto, los indicadores que van siendo ya cumplidos pueden sustituirse por otros. Adaptativo, señalizador y pedagógico.

Bueno, esta es la primera diapo, y con la que acabo. Como ven, señalo en amarillo: es esencial acotar bien los espacios y propósitos normativos; afrontar retos de macro, meso y microgestión en el contexto del Sistema Nacional de Salud; enfrentar la medicina fragmentada a través de la integración asistencial y una buena organización territorial; ver cómo asumimos los desafíos de esa medicina atomizada, quizás en ese fortalecimiento de los aspectos más sintéticos, como la Atención Primaria, la planificación y gestión de la alta especialidad; y finalmente, organizar nuestra estructura clínica sobre este concepto de gestión clínica y autonomía de gestión, y revitalización de los contratos de gestión.

Algunos de estos contenidos están en ese documento. En el 2020, el Parlamento de España tuvo un *raptus* de sentido común y generó un documento muy valioso con un alto nivel de consenso, donde hay una buena hoja de ruta para transformaciones, que yo les invito cordialmente a consultar.

Nada más. Perdonen que me haya extendido un poquito. Gracias y estoy abierto luego a las preguntas que quieran hacer.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Pues muchísimas gracias, señor Repullo. Se ha ajustado fenomenal al tiempo, le han sobrado incluso nueve... Bueno, se ha pasado nueve minutos, pero lo damos por bueno, no pasa nada. Ahora damos la palabra al señor Iruin, que nos va a hablar, sobre todo, de la Atención Integrada en Salud Mental. (MURMULLOS).

SR. IRUIN SANZ: Buenas tardes, o en lo que estemos ya. También quiero agradecer que me hayan invitado a esto. Yo también tengo muchas reuniones con Pamplona y con Navarra, con quienes colaboramos por cercanía en muchas cosas con Osasunbidea, pero además yo estudié en Pamplona, tengo hermanos aquí, tengo amigos aquí, así que estoy encantado. Claro, me cuesta muy poco venir, aunque he llegado justito.

No sé si he entendido muy bien lo que tenía que venir a contar aquí. Esto vaya por delante. Entonces, he hecho una presentación con lo que yo creía que podría ser de interés o con las cosas que a mí me preocupan, probablemente, que estará probablemente debajo de todo esto. Desde ahí, lo primero que creo que me tocaba era explicar un poquito cómo estamos organizados nosotros. Yo no soy ningún especialista en leyes, evidentemente, tampoco sé si soy algún especialista en algo a estas alturas ya, pero sí que trabajo en asistencia sanitaria, y la asistencia sanitaria en Euskadi, en cuanto a organización, se regula por este decreto, un decreto del año XVIII que habla de organizaciones sanitarias integradas en el ente público Osakidetza, que tenía como objetivo último favorecer la integración clínica de la asistencia a

los pacientes, y que establece diferentes tipologías de OSI. A partir de aquí hablaremos de OSI. La OSI tipo 4, que es la más pequeña, es la OSI a la que pertenece la red en la que yo trabajo, la red de salud mental de Gipuzkoa, en este caso.

Las OSI de tipo 4 se caracterizaban porque eran organizaciones de carácter monográfico en cuanto a la atención que prestaban, en nuestro caso psiquiátrico, y además éramos pequeños. Creo que somos 170 profesionales extendidos por Gipuzkoa para una población de unos 700.000 y algo habitantes, un poco más grande que Navarra. De manera que esto es lo que nos regula, por decir así, regula, por supuesto, el decreto recoge la estructura de la organización, el funcionamiento, las funciones, todo lo que tiene que recoger un decreto en este sentido.

De manera que, en nuestra comunidad, realmente estamos organizados, en este intento de representar una foto, por una parte, tenemos a las OSI en gris, que incluyen Atención Primaria y Atención Hospitalaria Aguda. Es para lo que nacieron las OSI, para integrar precisamente la Atención Primaria con la Hospitalaria. Pero tenemos también otro formato de OSI, una es la OSI RSMG, Red de Salud Mental de Gipuzkoa, o sea, la OSI pequeña, que es lo que pongo en azul, que solo tenemos Atención Ambulatoria, no tenemos camas, y que, lógicamente, nos relacionamos con la parte que nos toca con el resto.

Luego, aun siendo también redes de salud mental, en Álava y en Bizkaia sí tienen camas, sí tienen hospitales, por eso están diferenciadas. ¿Por qué nosotros no tenemos, y ellos sí? Realmente es una cuestión histórica. En Gipuzkoa siempre fueron entidades concertadas las que proporcionarían la asistencia psiquiátrica no ambulatoria, y así nos hemos quedado y así seguimos, lo cual hay que decir que es un *handicap* bastante importante a la hora de gestionar y de modificar el sistema hacia una línea o hacia otra.

Pero, además, en salud mental o en la atención a personas con enfermedad mental, realmente lo que pretendemos es lo que desde la Ley General de Sanidad prácticamente llevamos diciendo que hacemos, que es el modelo comunitario, últimamente, en los últimos años, quizá un poco modificado hacia un modelo más llamado de rehabilitación de las personas con enfermedad mental, pero que obligadamente, a lo largo de los años, nos han hecho tener mucha relación no solo con otras organizaciones de Osakidetza, no solo con el Departamento de Salud como ente financiador, sino también con la Diputación en cuanto a la política social, con educación, con empleo, con justicia, como evidentemente ha sido y es en todas partes, y como debe ser además.

De manera que tenemos una cierta experiencia de integrarnos con lo que nos toca integrar. Había un artículo de Luis Salvador, en *Gaceta Sanitaria*, precisamente, creo que era, o en el informe SESPAS, que hablaba de la salud mental como la cenicienta del sistema sanitario y, evidentemente, eso, probablemente, como a cualquier superviviente de cualquier cosa, nos ha llevado a echar imaginación y a intentar avanzar en la atención que prestábamos.

Esto es el mapa de Gipuzkoa. En azul están representadas las OSI que tienen hospital, hospital general quiero decir, y Atención Primaria, y nosotros, de alguna manera, nos repartimos por OSI con base en centros de salud mental, que son las casitas, estructuras de día de salud mental propias, estructuras de día sociosanitarias, que esto es una novedad, entre comillas, de

hace unos años, ahora menos, y las unidades residenciales para trastorno mental severo, que es lo verde.

De manera que en cada territorio OSI, por decirlo así, tenemos estructuras de todo tipo. En la zona de Donostia y de San Sebastián, como pasa en todas las capitales, hay mayor concentración de recursos, lo cual, en fin, no sé si es ético, desde luego, no me parece, pero es así, la realidad es esta, y en cuanto más nos alejamos del centro, vemos que las estructuras realmente flaquean un poquito.

De manera que esto es con lo que nos movemos, nosotros somos una organización pequeña, como he dicho antes, tenemos un presupuesto de unos doce millones y medio de euros, y pretendemos atender con estas estructuras a las necesidades de enfermedad mental de la población.

En la presentación de salud mental y covid del plan de acción, la Ministra de Sanidad decíamos que teníamos que actualizar las herramientas para tener un enfoque transversal y de salud pública. Yo creo que esta es una frase que a mí me parece estimulante, porque creo que realmente la percepción esta, de salud pública, que antes decía que no la teníamos hasta que llegó el covid, es algo que nosotros también hemos echado en falta siempre. Luego contaré dónde hemos conseguido creo que enganchar un poquito en esto, pero, bueno...

Eso, teniendo en cuenta que, además, como no todo el mundo tiene las mismas posibilidades de escoger comportamientos saludables, ni muchísimo menos, esto lo sabemos ya desde hace muchísimo tiempo, tendremos también que adecuar los esfuerzos que hagamos en función de cómo son esas personas en cada uno de sus medios.

Ya hace muchos años, en el año 1983, que es de cuando data el I Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad Autónoma Vasca, Ajuriaguerra, que era quien dirigía el grupo de trabajo que finalizó haciendo este plan, ya nos advertía que teníamos el riesgo de psiquiatrizar demasiado, teniendo en cuenta que la vida es un problema y no hay que psiquiatrizar, y decía además, y lo uno con el tema de las desigualdades y la salud pública y en general todo el tema social, que la sociedad debe ocuparse de conflictos que crea y de las desigualdades que acepta o impone, lo cual esto lo vemos absolutamente todos los días en las consultas, nos enfrentamos realmente a situaciones que nosotros no podemos abordar solos, ni a veces acompañados tampoco, pero que nos obliga a integrar todos esos sistemas que decía antes, y este ha sido nuestro funcionamiento a lo largo de estos años.

Pero sí quería aquí, es como mi primera reflexión, yo, como no sé nada de leyes, no sé lo que luego puede ser utilizado o no, pero mi primera reflexión es que Ajuriaguerra hace cuarenta años nos hablaba de un plan de asistencia psiquiátrica y salud mental. Ahora prácticamente la asistencia psiquiátrica ha sido subsumida, no sé muy bien dónde, por el concepto salud mental, luego por un concepto mucho más *light*, socialmente probablemente más aceptado, que es el bienestar emocional, que hay una mezcla de conceptos, sobre todo a raíz del covid, que yo creo que no generan, desde luego, claridad, no clarifican nada, en todo caso confunden un poco en la línea de lo que decías antes, y que, además, nos pueda llevar a que la asistencia psiquiátrica, entendida como la asistencia a aquello más grave, quede de alguna manera en

segundo plano respecto a la atención a la salud mental que se va a hacer, con los mismos recursos, para otra tipología de gente.

Entonces, esta sí que es una de las cosas que me preocupa, y a mí me gustaría que realmente hablásemos de lo mismo, porque, si hablamos de salud mental como estado de bienestar, que es como lo define la OMS, y el bienestar es todo lo necesario para vivir bien, poco podemos hacer realmente nosotros solos. Probablemente la sociedad sí, pero esto hay que abrirlo mucho, y no sé si hasta ahora lo hemos hecho desde el punto de vista de la enfermedad mental, quiero decir. Pero sí me preocupa que podamos dejar en segundo término el trastorno mental grave respecto al trastorno mental común o como queramos llamarlo.

Bueno, desde el punto de vista normativo, es verdad que tenemos muchas cosas, y algunas novedades. Tenemos esta ley del apoyo a las personas con discapacidad, que, de alguna manera, suprime la incapacitación judicial, da prioridad máxima a medidas voluntarias, que se respeten los derechos, voluntad y preferencias de las personas con discapacidad, lo cual está todo muy bien, yo estoy totalmente de acuerdo. Lo que pasa es que esto también, sobre todo en un primer momento, quizás nos va a generar problemas, asistenciales estoy hablando.

Tenemos también la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, también con diez líneas, donde también se habla de los problemas, de la atención centrada en la persona, el modelo comunitario. Bueno, conceptos que llevamos años hablando de ello. Yo he oído toda mi vida que la atención debe estar centrada en la persona, y todavía tengo mis dudas —creo que bastante razonables— de si realmente es así o no. Por eso seguimos, probablemente, hablando de lo mismo.

Luego también tenemos la propuesta esta de ley de salud mental, que, por lo que yo sé, sigue en trámite. No sé si esto ha tenido alguna otra variación, pero la última vez que lo miré, por lo menos, seguía en trámite, y también se habla de los problemas, de la diversidad funcional, del suicidio. Bueno, pues un poco de todo lo que aparece.

Luego tenemos algunos informes de gente con nombre, digamos, en el ámbito psiquiátrico, como es ese *Presente y futuro de la salud mental en España*, que luego os presento una cosita de ahí, y también tenemos la *Gaceta Sanitaria*, el informe SESPAS de 2020, donde realmente se habla de los retos actuales.

De manera que tenemos muchas más, pero algo de bibliografía suficiente como para hacernos una idea de por dónde tendrá que ir o tendríamos que ir en la atención a la salud mental. Yo me he traído aquí solo cinco puntos también, entendiendo que hay muchos más, pero esto es solo, como decía al principio, quizás mis mayores preocupaciones son estos cinco. La primera es la persona con enfermedad mental como eje del sistema, y aquí, tanto en la propuesta de ley como en la estrategia nacional de salud mental hablan del derecho a la autonomía de la persona con problemas de salud mental. Está muy bien que reconozcamos que realmente la persona con enfermedad mental puede ser autónoma o bastante autónoma, por lo menos.

Habla de la contención mecánica, de que esto debe ser una práctica a extinguir, en la medida de lo posible, evidentemente, pero una práctica no deseable dentro de un sistema sanitario con personas que estamos diciendo que son autónomas, y habla en el intermedio del derecho

a las decisiones compartidas, comparándolo un poco con las voluntades anticipadas, por decirlo así, y entendido como un documento o un registro donde el paciente, cuando está en fase estable, pueda, de alguna manera, construir con su terapeuta cómo debiera ser la atención en un caso de nuevo brote agudo o de nueva situación aguda que requiriera otro tipo de medidas.

A mí esto me parece un aspecto importantísimo. Estoy convencido de que no vamos a salir sin esto ya en los siguientes años, ni muchísimo menos, y, además, es una cosa de la cual me alegro mucho. Ya han empezado a aparecer pacientes, en nuestro caso pocos, con un papel que dice: «bueno, yo tengo este papel, que lo he sacado de Internet, lo he rellenado, y se lo traigo aquí para que me lo deje usted en la historia clínica y todo el mundo sepa que, cuando me ingresen, yo quiero tener mi teléfono móvil», por decir algo.

Claro, esto no puede ser así, esto obliga a una articulación de cómo debe hacerse ese proceso, y a una articulación de cómo debe guardarse ese documento en algún sitio donde sea accesible por todos los médicos que intervengan. Lo mismo que con las voluntades anticipadas, que ya está. Bueno, yo creo que este será uno de los puntos.

El otro punto que me preocupa, como creo que no sé si a toda la población, pero, desde luego, por lo que sale en prensa, sí parece que a mucha gente, es la salud mental en la infancia y a la adolescencia, que también el covid da, aparentemente, un varapalo importante aquí. No tengo yo tan claro que sea el covid o era algo larvado que se ha estimulado con el covid, pero es verdad que la atención a la infancia y a la adolescencia se ha complejizado, no solo por un mayor número de casos, sobre todo en urgencias, sino porque la tipología del adolescente que acude a la urgencia ha cambiado también. Ya no es una enfermedad mental clara, como podía ser antes, sino que es más algo impulsivo.

Pero ¿por qué tiene importancia la salud mental de la infancia y la adolescencia? Pues porque, realmente, todas las enfermedades mentales graves debutan en el entorno de la adolescencia. Este es un estudio del año 2014, hecho en Dinamarca, con la población que entre 2002 y 2012 había acudido por primera vez a un servicio de salud mental y había sido diagnosticada, y vemos los trastornos más importantes, como pueden ser la esquizofrenia, los trastornos del humor, las sustancias, la conducta alimentaria, el trastorno del desarrollo o el déficit de atención, realmente tienen un pico siempre en el entorno de los quince a veinte años.

Un estudio similar, mucho más reciente, 2022, que es un metanálisis en realidad de 192 estudios epidemiológicos, viene a decir prácticamente lo mismo, sin diferenciar entre sexos, pero situando también en diecinueve, veinte, quince, cinco y catorce y medio los picos en los que aparece la enfermedad mental.

Es decir, nos interesa mucho trabajar con la adolescencia o con la infancia, porque realmente es el momento donde mejor vamos a poder intervenir. Hay que darse cuenta de que los cuadros graves de esquizofrenia, por ejemplo, hace no muchos años, para cuando llegaban a un psiquiatra, habían pasado quince años desde el primer momento de aparición de la enfermedad. Esto suponía un lapso ya irrecuperable en el tiempo. Ahora estamos en un lapso mucho más aceptable, de cuatro o cinco años, pero, pese a todo, son cuatro o cinco años, y no es recomendable.

Quería hacer un comentario, aparte del punto este de la edad, en el que realmente esto debía ser una prioridad, como decíamos antes, transversal para todos, y de reconocer el papel y la importancia del contexto familiar para manejar estas situaciones. Importancia para la que probablemente las familias no están formadas, y no sé si se pueden formar, pero realmente habría que tener en cuenta este factor.

Quería solo comentarles un estudio pequeñito que está ahora intentando publicarse, con una n de 166 en pacientes con un trastorno mental grave, ya de una media edad alta, cincuenta años, que estaban con nosotros en estructuras de día atendidos, y entonces fuimos hacia atrás con ellos para ver cuántos de ellos tenían episodios de victimización en su historia previa.

Bueno, ya ven que los diagnósticos son graves, evidentemente. Media de tiempo transcurrido desde que le diagnosticaron: veintiún años, y más del 75 por ciento de los participantes relataron —con la dificultad para relatar esto— haber sufrido alguna experiencia adversa a lo largo de su vida. Estos pacientes, que habían sido víctimas, mostraban un menor afecto positivo, más ansiedad, más alteraciones en general y más interferencia en el funcionamiento diario, y el 49 por ciento de ellos, es decir, la mitad, habían realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida. Un 60 por ciento antes de los dieciocho años habían tenido este suceso traumático.

La edad media del abuso son once años. En la infancia, *bullying* y abuso sexual, sobre todo en mujeres; y los hombres, además, se asociaba un mayor consumo de tóxicos y más problemas asociados. Realmente, esto a mí me pareció, cuando empezaron a aparecer los datos, no es que seamos pioneros en un estudio de este tipo, ni muchísimo menos, pero, cuando vimos que en nuestro medio también aparecía, a mí me pareció terrorífico realmente, porque era algo que más o menos intuyes que está por ahí, pero cuando ya, con personas concretas que te lo cuentan y se atreven a contarlo, lo sigues viendo realmente, y me parece que esto merece un proceso de atención mucho mayor que el que se le da.

Bueno, otro punto era el futuro de la asistencia, qué vamos a hacer, porque no hacemos más que decir que no damos abasto y que faltan profesionales para frenar... Bueno, aquí hablo de salud mental, pero también podríamos hablar de otras especialidades, sin duda. Claro, si no hay profesionales, parece difícil cómo configurar esto, salvo si a alguien se le ocurre o se nos ocurre en conjunto modificar el modelo hacia algo que no sea una subespecialización, que no sea una tecnologización inviable, probablemente. No sé, yo realmente no tengo ninguna respuesta, pero realmente es uno de los problemas que tenemos.

La OMS nos decía que en la atención a la salud mental debemos tener servicios interrelacionados, que yo creo que eso ya tenemos, pero también nos decía que debemos encontrar formas innovadoras de diversificar y ampliar la atención, por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento psicológico no especializado o de autoayuda digital. Esto suena un poco a esto de la subespecialidad. Los psiquiatras no están muy de acuerdo con esto, ni los psicólogos clínicos, evidentemente, pero algo hay que mover y no quedarnos en lo de siempre, porque con lo de siempre no vamos a hacer nada, sobre todo en un medio donde Julio Sanjuán, que es un psiquiatra para mí con un buen nivel, que firma un artículo en este librito que hemos dicho antes, él habla de dos grupos de personas en relación con la atención a salud mental: los que buscan tratamiento y los que no buscan.

Los que buscan, lo buscan por depresión, ansiedad, estrés, y él les llama «buscadores de felicidad», mientras que los que no buscan son los trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad, en definitiva, los trastornos graves, de manera que tendríamos dos grupos: los que tienen que buscar, que no buscan; y los que no necesitan, que buscan, y eso genera un desarrollo diferente también en el medio asistencial, dependiendo de si es público o privado, que yo creo que debíamos tener también en cuenta.

De manera que, en esto de la atención a la salud mental, resulta que nosotros mismos —estoy hablando como psiquiatra— en realidad discriminamos, porque atendemos más y mejor a quien menos lo necesita. ¿Por qué? Y esto tampoco le gusta a nadie que lo diga, es un poco como tu diapositiva. Porque realmente es más cómodo atender a un paciente leve que a un paciente grave, y más satisfactorio, porque un paciente grave realmente pertenece al ámbito de la cronicidad y, por lo tanto, las variaciones sobre su estado de salud y sobre su estado vital siempre van a ser limitadas, por lo menos.

Esto se refleja.... Estos son datos de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Esto es clasificación internacional de enfermedades: F2 es el grupo de las esquizofrenias; F32 y F39 es el grupo de los episodios depresivos no graves, vamos a calificarlo de alguna manera, y no incluye los trastornos bipolares, que estarían aquí; y F4 son los trastornos de adaptación y ansiedad, y los colores son de los pacientes que ahora están siendo atendidos, en qué año empezaron a estar con nosotros. No sé si me explico bien.

Es lógico que los pacientes psicóticos, los más crónicos, estén con nosotros desde siempre, desde antes del 2012 y antes del 2000 también. Es menos normal que alguien adaptándose lleve adaptándose desde el año 2016. Si no me he adaptado en seis años, una de dos: o el psiquiatra es muy malo —o el psicólogo, da lo mismo—, o no me voy a adaptar nunca o realmente no me tengo que adaptar, porque vivo bien como estoy, y esto sí que es un problema, porque esta franja, en una parte son esos buscadores de felicidad que dice Julio Sanjuán, para los cuales nosotros, evidentemente, no tenemos mucha respuesta.

Eso, sabiendo que buena parte de los pacientes buscadores de felicidad están en Atención Primaria y ni siquiera llegan a nosotros. Pero hay mucha gente, muchos, que están siendo atendidos sin ningún tipo de especialización, simplemente con uso de fármacos, para tratar cosas que no son tratables. Esto es un estudio en 2019 donde mirábamos cuántos están en Atención Primaria y cuántos están en Atención Especializada, y las diferencias son notorias. Primaria realmente absorbe el 80 por ciento o algo así de la patología leve.

Así que esto llevó a este autor en 2013, dentro de la psiquiatría crítica, a decir que deberíamos estar preparados para explicar a los no felices las buenas razones del no tratamiento. Esto es una cosa curiosísima cuando uno ejerce. Yo ahora estoy viendo pacientes porque no tengo psiquiatras otra vez, y es una cosa muy curiosa cuando tú le dices a alguien: «pues mire, usted no tiene nada para venir aquí», cosa que, si vas al cardiólogo y te dice eso, sales más contento que ni sé, y realmente, tú les dices esto a un paciente psiquiátrico y dice: «Pero ¿cómo no? Pero si no duermo». «¿Cómo no va a dormir? Si duerme seis horas, pues ya está bien». Entonces, este tipo de discusión, alimentada también a veces por la sociedad, creo yo, o por los medios de comunicación, o por quien sea, por diferentes intereses, entre los que se incluye

también la industria farmacéutica, evidentemente, realmente nos ha llevado a una situación que ya no es utilizable.

Otro punto que se recoge es la necesidad de ir reduciendo las camas de media y larga estancia, esto también desde la Ley General de Sanidad, y sustituyéndolas por programas alternativos que faciliten inserción social, inserción laboral, acceso a vivienda y los derechos de la persona. Nosotros, por definición, no estamos capacitados para hacer todo esto, pero esto ha llevado a muchas diferencias entre territorios. Esto, en los atlas de salud mental, que hace referencia también Luis Salvador en los informes estos, de *Gaceta Sanitaria*, son atlas que intentan medir la composición y la relación entre usos y resultados, o entre entrada y salida de los sistemas de sanitarios de salud mental, y que nos permiten compararnos a nivel internacional en diferentes y muchos aspectos, y aquí he traído (MUESTRA DIAPOSITIVAS) porque realmente, al hablar de unidades de media estancia, nosotros, o sea Gipuzkoa, estamos aquí arriba. No agudo hospitalario, hospitalización, viene a decir eso. Estamos muy arriba, contrastando, por ejemplo, con Cataluña, que está aquí abajo.

¿Esto es bueno o es malo? Pues no sé. *A priori*, la ley nos dice que esto tendría que ir para abajo, pero nosotros no tenemos recursos fuera que sirvan para contrarrestar todo esto. En muchas comunidades, cuando esto se puso en boga, lo de cerrar psiquiátricos, por decirlo así, muchas comunidades simplemente le cambiaron el nombre. Otras lo cerraron, es verdad, pero entonces la población se quedó en la calle. Entonces, las familias empezaron a protestar, y entonces cogieron peso las asociaciones de familiares. Bueno, hay un equilibrio inestable probablemente, que, sin duda, hay que abordar, pero que realmente no permite establecer líneas o ideas claras como ideas principales.

El cuarto aspecto que también creo que debería aparecer es la prevención del suicidio. Nosotros llevamos desde 2013 con el tema del suicidio en Gipuzkoa. Al principio tuvimos muy poco éxito, la verdad. Fue casi artesanal lo que hicimos, pero poco a poco conseguimos y conseguimos, y esto es lo que quería decir de Salud pública, conseguimos que Salud Pública, en un momento determinado, y a través del Consejo Asesor en Salud Mental, lo cogiese como algo propio. Es decir, la estrategia de prevención del suicidio sale desde Salud Pública en el caso de nuestra comunidad.

Para nosotros eso fue muy importante conceptualmente, pero yo creo que nos abrió también una vía que hasta entonces no habíamos sido capaces de abrir. La usamos así, nos ha ido bien, y yo creo que esto va a estar siempre presente. Ahora mismo, los datos de suicidio en Euskadi, hasta 2021 incluido, saben que siempre hay un retraso en los datos que recibimos, hace la curva, hace unos picos difíciles de explicar. No sé si el controlar esto más de cerca, si tener una estrategia, si tener un observatorio, si tener no sé qué, que realmente vaya estudiando esto más en el día a día, nos permitirá entender por qué en el 2020 suben tanto, proporcionalmente, los suicidios, y por qué en 2021 bajan. No se sabe, y ese pico de 2019 hacia abajo tampoco tiene ninguna explicación que sepamos dar.

Por territorio histórico, el reparto es más o menos proporcional. En la comunidad autónoma la proporción es: uno-dos-cuatro; uno sería Álava, dos Gipuzkoa, cuatro Bizkaia, más o menos en las prevalencias y cosas de estas; y por edad, no por porcentaje del grupo de edad, sino

número de casos por edad, el más abundante en estos años sigue siendo el de cuarenta y cincuenta y nueve.

Dentro del plan, de la estrategia, una de las cosas que pusimos en marcha fue un código «intento suicidio», lo llamamos así, copiando un poco el código del infarto cerebral, del ictus, y que pretendía integrar la atención en la urgencia hospitalaria con la atención en el servicio de psiquiatría de agudos del hospital, con la atención en los servicios no ambulatorios, que éramos nosotros. Es decir, interveníamos dos servicios del hospital terciario, en este caso, y luego la red de salud mental.

Elaboramos un protocolo, que es el del código «intento suicidio» para notificar los intentos suicidas que llegaban a las urgencias del hospital terciario, en este caso, que es el Hospital Donostia. Bueno desde que se puso en marcha, que fue el 24 de abril del año 2022, hubo un primer momento, como siempre pasa cuando uno pone en marcha algo y da la lata para que la gente esté atenta, en el que subieron los intentos notificados desde la urgencia, pero luego ha tendido, como ven, a rebajarse, no porque hayan desaparecido los intentos suicidas o porque sean menos, sino simplemente porque notificamos peor.

No es una notificación automática, el profesional tiene que darle a un par de teclas, y eso siempre cuesta. Pero, en definitiva, nos permite saber que entre abril y enero hemos tenido 943 casos de intentos suicidas, cosa que nunca hemos sabido. Antes, la teoría dice que, por cada uno que se suicida hay veinte que lo intentan, se han suicidado en todo Euskadi 148, pues tendríamos que tener unos cuantos más todavía. Pero es una línea que está abierta, que yo creo que debe seguir y se debe intensificar, y debemos incrementar los recursos para que esto realmente nos dé una idea real.

Desde mi punto de vista, hay mucha discusión sobre el suicidio, sobre los suicidios razonables, por decirlo de alguna manera. También sobre la aparente contradicción entre tener una ley de eutanasia y tener una estrategia de prevención del suicidio. Bueno, como siempre, hay discusiones de todo tipo enriquecedoras, yo creo, pero realmente esto también necesita su parte de atención.

Luego, el último punto, que hemos aprendido algo del covid en realidad, y yo soy escéptico. Desde el principio, desde que nos aplaudían a las ocho en los balcones ya fui escéptico, pero bueno. Esta gráfica fue muy comentada en los inicios del covid, donde ya establecía que la ola referida a los traumas psíquicos, la enfermedad mental, los problemas económicos y el cansancio de los profesionales iba a ser la ola que más tarde aparecería, pero la que más tiempo se iba a mantener activa, y creo yo que en eso estamos. Realmente estamos en esto.

Los profesionales están saturados, todo el mundo está saturado. Cuando uno ve datos, simplemente números, sin saber muy bien lo que hay debajo, que es uno de los problemas de los números, tampoco parece tan llamativo, pero es verdad que los profesionales están en esa situación.

¿La enfermedad mental ha aumentado? Yo creo que ha aumentado la de los buscadores de felicidad, porque ha aumentado la demanda en la privada, no en la pública tampoco. Esto vuelve a ser otra contradicción. Pero es verdad que todo esto también lo tendremos que tener

en cuenta, y quisiera yo pensar que algún recurso de otro tipo vamos a poder sacar con el aprendizaje covid. Nosotros, como en todas las comunidades y todos los grupos profesionales, y casi todo el mundo, por decirlo así, Osakidetza nos pidió montar un programa de apoyo emocional, lo llamaron así —mal nombre también, pero bueno, apoyo emocional, en definitiva—, que yo me empeñé mucho —yo lo empujé con Osakidetza, porque Osakidetza quería ponerlo— en que debiéramos diferenciarlo del programa de atención psiquiátrica normal.

De manera que, para diferenciar, establecimos que en este programa no habría un episodio psiquiátrico en la historia electrónica, el paciente no era un paciente psiquiátrico. Para mí, muy importante, creo que para el paciente también, porque sigue habiendo un componente de estigma. Las consultas solo iban a ser no presenciales en este programa y había una psicóloga y una PIR —personal en formación— con el apoyo de un psiquiatra en el programa. El psiquiatra este era yo realmente.

En septiembre del 2022 habíamos tenido 166 casos con estos perfiles, entre profesionales y no profesionales, pero realmente el dato más importante para mí es que, de esos 166 —que ahora son casi 180—, solo 6 tuvieron que ser remitidos a un centro de salud mental, y el 78 por ciento ahora mismo de esos casos están ya dados de alta, cosa que en un centro de salud mental no pasa. La gente no es dada de alta en un año o año y medio, la gente se queda mucho más tiempo. Hemos visto que desde antes de 2012 tenemos pacientes no graves.

Entonces, creo que esto nos debe servir —no digo esta experiencia, pero experiencias como esta o como tantas otras que ha habido en todas partes— para pensar que, el sistema, con los condicionamientos que tenemos actuales, igual no es el mejor que podemos montar en un momento en el que no vamos a ser ricos en profesionales, no sé si en dinero, en profesionales desde luego no, y vamos a tener que repensar todo esto hacia otros tipos. Creo que también lo decía antes. Esto es lo que yo os puedo aportar. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Iruin. La verdad es que ha sido una charla muy satisfactoria. Vamos a comenzar con los turnos de intervención. Ya saben que tenemos siete minutos como máximo y comenzamos por el portavoz de Navarra Suma, el señor Ansa, por un tiempo de siete minutos.

SR. ANSA ECHEGARAY: Muchas gracias, señora Presidenta. Pues yo, por parte de mi grupo, quiero agradecerles su presencia hoy aquí, las explicaciones que nos han dado y, como digo, por parte de mi grupo no tengo ninguna cuestión para plantearles. Así que muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señora Ansa. Me autodooy la palabra, porque soy la portavoz del Partido Socialista de Navarra. Entonces, las dos intervenciones me han parecido, la verdad, magníficas. Debo darles las gracias a los dos ponentes, porque siempre es un esfuerzo el tener que prepararse este tipo de comisiones y el desplazarse, además, el desplazamiento que han hecho los dos a Pamplona.

Atendiendo a la primera parte de esta Comisión, que ha sido la ponencia del señor Repullo, en cuanto a la Atención Integrada, la verdad es que me ha parecido una maravilla cómo se ha explicado, cómo estamos en un sistema que cada vez más especialistas hay, más

hiperespecialización, pero, a la vez, una población que va a estar totalmente envejecida, más longeva, con más problemas crónicos. Todo esto es un problema porque, por un lado, van los profesionales hiperespecializándose y, por otro lado, la principal población a atender y la que más recursos consume hoy en día es el paciente crónico, pluripatológico y más envejecido.

Es un problema y a esto la gestión sanitaria le va a tener que dar respuesta, lógicamente. ¿Qué soluciones se le pueden dar a esto? ¿Cómo se puede blindar en una ley sanitaria esta atención a los más vulnerables, a los más crónicos, a los más pluripatológicos, cuando la ciencia y la medicina, por así decirlo, van en todo lo contrario? Bueno, la medicina y la enfermería también porque, claro, el desarrollo de la ciencia va a la hiperespecialización y eso conlleva también hiperespecialización de médicos, pero también hiperespecialización de enfermería.

Otra de las preguntas que le voy a hacer al señor Repullo, ya que está, ya sabe que hay movilizaciones de los sindicatos médicos a nivel de muchas comunidades autónomas. Nosotros también en Navarra ahora mismo tenemos una huelga médica a las puertas. Usted hablaba de un concepto que a mí me ha encantado personalmente, que es la incentivación del desempeño. La pregunta es: ¿qué tipos de incentivos se podrían dar al personal sanitario, en este caso al personal médico, para que realizara mejor su trabajo, al final de cuentas? Porque es lo que todos deseamos, que esto revierta en una mejor atención a la ciudadanía. ¿Qué tipo de incentivos se podría dar?

Luego, por ir terminando —no me he dado el tiempo, ya lo siento, no creo que me esté pasando—, al señor Iruin, efectivamente, quiero darle la enhorabuena también por todo lo que nos ha explicado, sobre todo por cómo se gestiona y cómo se organiza la asistencia de la salud mental en el País Vasco con las OSI, para nosotros también es un concepto nuevo. Una de las propuestas que usted ha dicho de lo que aparece en el nuevo plan de salud mental, también a nivel del ministerio, eran los derechos a las decisiones compartidas, que, la verdad, para mí es completamente innovador, yo no lo había escuchado hasta ahora. Claro, eso precisa de una regulación, eso está claro. Mi pregunta va dirigida a cómo entiende usted que esto debería estar regulado por ley. Ya sé que es una pregunta igual un poco difícil, pero yo creo que habría que darle... También entiendo yo que esta regulación debería ser más a nivel estatal. No sé si las comunidades autónomas podríamos regularlo ahora mismo con las competencias que tenemos. Esa es otra de las preguntas que lanzo. Yo no soy jurista experta en el tema, con lo cual, ahí lo dejo.

Ya para terminar, he de darles las gracias, y gracias por estar aquí. Doy la palabra a la portavoz del grupo Geroa Bai, a la señora Ansa, por un tiempo de siete minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Eguerdi on. Bienvenidos los dos ponentes. Gracias, Presidenta. La verdad es que una de las pocas cosas gratas que está teniendo este Parlamento en los últimos tiempos es, fundamentalmente, esta Comisión. También la Comisión de Cultura, en la que estamos tratando con muchísimas personas ajenas y que nos están haciendo un abanico impresionante de cosas.

He de decirles que, desde luego, la información que nos han trasladado nos va a ser útil, es muy rica. Yo sí que les pediría a ambos que nos pasasen la documentación, esta gráfica que

nos han ido poniendo en la pantalla porque, aunque hemos tomado notas, la verdad es que dejamos hace años de coger apuntes en la universidad y así nos va.

Bueno, cosas que yo comparto. Realmente, me han parecido muy interesantes las aportaciones organizativas, yo de ese campo sé relativamente poco, me han parecido muy sugerentes y algunas de ellas claramente a captar. Comparto, más allá de la organización, que tenemos un verdadero problema con el tema de la fragmentación de la medicina y de la hiperespecialización. Al final, uno acaba sabiendo todo de nada y no sabe atender a los pacientes realmente.

Los que hemos tenido pacientes pluripatológicos dentro de nuestra familia y los que nos ha tocado atender también a pacientes pluripatológicos sabemos que realmente lo que ayuda a sanar no son las especialidades a ultranza, sino cómo tratamos a ese paciente global, ese paciente global que va a tener muchos problemas de diferentes aparatos, de diferentes sistemas y que, por lo tanto, o lo miramos en su globalidad o vamos a llevarlo de susto en susto hasta el final, porque cada quien trata lo suyo. Eso me parece muy importante.

También me parece que ha dicho la palabra compasión. A mí es una palabra que me gusta mucho en medicina y también me gusta mucho en la sociedad, no solamente en medicina, porque realmente de lo que se trata es de ir acompañando a cada quién en cada uno de los procesos. Y esto no tiene nada que ver con que no podamos curar muchas cosas, la vida es finita y la muerte es la doble cara de la moneda. Con lo cual, ahí tenemos como sociedad que trabajamos mucho, como sociedad y como profesionales.

Yo creo que hemos generado un monstruo entre los hospitales y las hiperespecialidades. En este momento el monstruo se nos va a comer a la sanidad y, realmente, no sé cómo revertir, no sé qué alianzas hay que hacer con los medios de comunicación, no sé qué alianzas hay que hacer con las propias asociaciones de pacientes para empezar a cambiar el discurso, porque organizativamente podremos seguir haciendo cosas, incluso algunas muy bien hechas, pero si no conseguimos domeñar al monstruo, el monstruo se nos va a comer. En este momento, yo realmente soy poco optimista, porque no veo cómo podemos hacer este pacto entre profesionales, sociedad y todos aquellos agentes que tienen algo que decir en este tema y que podrían cambiar la orientación. Esto en cuanto a la primera.

En cuanto a la charla que nos ha dado el señor Iruin, yo también estoy muy preocupada con el tema de esta confusión que tenemos entre problemas psiquiátricos de salud mental grave, problemas de salud mental, más que problemas de salud mental, cómo conseguimos una salud mental aceptable en la formación en la que uno se maneje y todos los montones de problemas emocionales. Claro, lo de los problemas emocionales es infinito y es inabarcable, porque malestares en la vida, todos los días, desde que nos amanece hasta que nos... Y ahí también hemos contribuido, creo, desde los sanitarios a enfocarlo mal porque, salvo lo psiquiátrico, las otras dos cosas tienen que ser abordadas desde la comunidad, desde la escuela, desde las familias, desde todo lo que no es ni médico ni mucho menos psiquiátrico. Y volvemos a lo mismo, hemos generado un monstruo que se nos va a comer y no sé cómo vamos a parar esto.

Claro, yo también comparto con que el tema de la mirada hacia niños y adolescentes es fundamental. Realmente ahí nos jugamos muchísimo, pero el grueso de eso tiene que ser comunitario, de apoyo, programas preventivos, programas educativos, programas de parentalidad positiva con las familias. Ahí, o nos metemos a saco a cómo hacemos que los ambientes donde los niños y adolescentes viven sean cariñosos, amables, protectores y los acompañen.

Claro, yo también había leído lo de la victimización. Eso es dramático. Que cuarenta años o cincuenta años después, alguien tenga un dolor de vivir inmenso por un abuso a los once años es terrible. O sea, es de las cosas más terribles que tenemos. Volvemos a la sociedad. ¿Qué sociedad estamos generando? ¿Cómo podemos hacer? Porque no va a haber profesionales para tratar esto y es que no debe haberlos, porque los profesionales tienen que estar para tratar los problemas de salud psiquiátrica, es decir, los graves, los importantes. Lo otro, tenemos que entrar en la sociedad y esto va mucho más allá de las leyes y de todo lo que podamos hacer.

Realmente, yo creo que la covid no ha provocado más cosas. La covid nos ha hecho de válvula de escape a cantidad de historias que estaban ahí y que no habían aflorado, pero que estaban ahí. La covid no ha provocado muchas más cosas, de verdad que no. Por mi parte, muchísimas gracias a los dos, y seguiremos. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Perdón. Cedo la palabra al señor González, portavoz del Grupo EH Bildu. La verdad es que me he quedado reflexionando de lo que estaba diciendo Ana, porque tiene muchísima razón. Entonces, me he quedado ahí, en bucle. Entonces, perdone. Doy la palabra al señor González.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Arratsalde on guztioi. Buenas tardes a todos y a todas. Desde luego, he de agradecer las dos ponencias que nos han presentado, me parece que a mí desde luego me sirven mucho. Una de las cosas, cuando planteamos esta Comisión, a la hora de intentar buscar personas que pudieran informarnos de ciertos aspectos, que luego nuestra intención desde luego es legislar sobre ellos, era el tener una visión lo más holística, lo más general sobre la sanidad.

Por eso, pensamos también que la salud mental es uno de esos sectores que además de, desgraciadamente, tener demasiado privatizado, externalizado, por lo menos en lo que es Nafarroa, sí que también sigue teniendo un estigma de esa enfermedad que creemos que hay que hacer esfuerzos por superarla, por recuperar una normalidad. Las personas están enfermas al margen de que esa enfermedad les genere un comportamiento o unas prácticas sociales distintas.

Respecto a la ley, desde luego, lo que buscábamos era saber un poco aspectos que puedan ayudar a regular. Al final, por lo menos desde nuestro grupo, pensamos que en salud, todo lo que son los distintos vectores que debemos afrontar para garantizar una atención sanitaria a la población y también un marco de práctica de la sanidad para la sanidad privada, deberíamos de buscar un modelo que sirva para todo, es decir, que nos sirva a todos los grupos, tanto a los que somos unos defensores, a veces igual hasta excesivamente intransigentes, con la defensa

de la sanidad pública como a los que son firmes defensores de la colaboración o de dar paso a la privada en todos los sectores.

Creemos que la ley, en principio, debería de servir para que luego podamos, con esas herramientas, cada uno intentar construir ese modelo que nos parece que es el adecuado para nuestras sociedades. Ahí, nosotros pensamos que tiene que ser un ecosistema normativo que se tiene que dar, tiene que haber una implementación y una valorización de cada uno de esos aspectos. Es decir, cuando hablamos de la normativa de una nueva ley foral de salud estamos pensando en los cimientos de las prestaciones sanitarias y de la relación con la privada, pero también estamos pensando en qué modelo de relaciones laborales tiene que haber, en qué modelo organizativo se tiene que construir y también garantizar que, por lo menos, la coordinación entre los distintos sectores tenga unas reglas claras de juego para evitar excesos, tanto de una parte como de otra.

Desde luego, en mis años de trabajo en la Administración he visto, por ejemplo, a la Atención Primaria depender del hospital y saber que cualquiera de los objetivos que se marca se ven filtrados por el gerente del área hospitalaria que le toca, he visto también a la Atención Primaria tener sus propias gerencias y gestionar sus propios recursos y en las dos situaciones había aspectos positivos y había aspectos mejorables.

Creemos que, más que a veces, el debate que hacemos de si la Atención Primaria tiene que estar integrada en las áreas de salud o si tiene que estar fuera de esas áreas de salud, para nosotros ese no es el debate. El debate es con qué herramientas va a contar ese sector sanitario, que para nosotros es básico y que es la Atención Primaria, para afrontar sus retos, al margen de que luego haya una dependencia jerárquica desde una gerencia de Atención Primaria para toda Navarra o desde una gerencia de un área hospitalaria que depende del gerente del hospital. Creemos que hay la suficiente capacidad de autonomía en los dos modelos como para garantizar que se pueda trabajar bien y se pueda tener esa autonomía.

Luego, otro de los aspectos, que me parece que lo ha expuesto el señor Repullo, es el tema de si es necesario un estatuto de función pública específico para el ámbito sanitario. Creo que el ámbito sanitario tiene mogollón de especificidades, es decir, es evidente tanto por la cantidad de profesionales, de trabajadores y trabajadoras que tiene que gestionar como por la dificultad y la diferencia de trabajo que se encuentra: con guardias, con turnos, con interrelaciones complejas entre distintos estamentos a la hora de organizar las unidades, los servicios.

Creemos que el Estatuto de la Función Pública puede ser, en ese sentido, a veces un obstáculo, pero probablemente porque ese Estatuto de la Función Pública es un obstáculo para el resto de departamentos del Gobierno de Navarra, no solo para Salud, sino también para Educación, y yo conozco algo porque me ha tocado estar bastante en las mesas de negociación general y conozco todos los problemas que en Educación genera el andar dependiendo continuamente de las normativas de Función Pública, pero porque son normativas antiguas que no han tenido una reflexión más profunda de decir: bueno, podemos regular un marco general para todo el mundo y podemos dejar a cada uno de estos marcos aspectos que regulen ellos mismos. Creo que lo mismo que con la integración de Primaria y Especializada, las soluciones pueden venir

de las dos formas, pero hay que ponerlas en marcha. Eso es lo que creo que no se está haciendo, desgraciadamente.

Creo que en una nueva ley foral de salud se podría exigir una autonomía suficiente como para que esas especificidades que tenemos en el ámbito sanitario pudieran tener soluciones específicas para estos problemas. Y son muchas, incluso con el propio sistema de gestión de recursos humanos, del SAP de personal, porque si en un hospital van cambiando las guardias según la movilidad del personal porque puede haber caído de baja y tal, tenemos verdaderos problemas porque no lo tienen en cuenta y se utilizan alternativas manuales para controlar eso. Pero lo mismo nos pasa con contrataciones, con necesidades puntuales, desde luego, el procedimiento es de lo más lento.

Para nosotros, desde luego, uno de los riesgos que vemos también con estos estatutos específicos es la ruptura, un poco, de un modelo común. Es decir, al final los servicios públicos están todos gestionados desde el Gobierno, pero están pagados por las aportaciones de la población y es muy difícil que ningún estamento profesional no se considere especial respecto a los demás. Eso para nosotros es un riesgo. Si se piensa que enfermería es distinta que docentes, que tiene una problemática y unas necesidades especiales, que los docentes son distintos que los letrados y letradas porque tienen una problemática..., creemos que es abrir una serie de agravios y de competencias que es muy difícil luego corregir. Por eso, yo creo que ahí nuestra apuesta, desde luego, iría por intentar adaptar un estatuto para todo el mundo, porque creemos que la Ley Foral de Salud lo podría permitir.

Luego, también pensamos que habría que modificar todo lo que son normas que se han ido elaborando a lo largo de estos años. Hay que tener en cuenta que, en Navarra, la Ley Foral de Salud es de 1990 y que se ha ido modificando, se ha ido introduciendo o generando nueva legislación que acompaña a esa ley. Hay una Ley Foral de Salud Mental, hay para lo que sería..., bueno, distintas modificaciones, incluso una ley de lo que son los cribados neonatales, porque la competencia legislativa y las iniciativas de cada grupo han hecho que se adopten medidas muy puntuales a una necesidad. Y eso lo que hace es, lo que decía el señor Repullo, que hemos llegado a tal minuciosidad de los servicios y prestaciones que tenemos que, al final, estamos creando problemas, porque a veces recogemos en los cribados enfermedades que no ha habido más que cinco casos en el mundo. Es decir, que estamos teniendo una legislación que, en vez de ayudar, nos está poniendo problemas y nos está generando costos.

De salud mental, yo creo que otro de los aspectos que más nos preocupan también en Euskal Herria Bildu es esa cultura que teníamos un poco de desinstitucionalizar la salud mental y que surgió hace ya unas décadas. Se sigue hablando de desinstitucionalizar, pero lo que nos encontramos es que lo que hay es una institucionalización privada, es decir, dejamos ese tipo de pacientes, que son normalmente enfermos con enfermedades mentales graves, y los pasamos a otras instituciones y nos olvidamos de ellos. Eso yo creo que también habría que tenerlo en cuenta desde la sanidad pública, es decir, creemos que debería de asumirse esa responsabilidad desde la sanidad pública.

Lo mismo nos pasa con todo lo que son estas afecciones o patologías leves, no graves, que van ligadas un poco a ese sentimiento de malestar que la sociedad genera. Pero bueno, ahí yo creo que la antropología médica lo tiene muy bien recogido. Dice que la cultura es la que crea las

enfermedades, es decir, esa reflexión nos tendremos que hacer, qué modelo cultural estamos imprimiendo en nuestra sociedad que hace que miles de jóvenes se sientan a disgusto con sus vidas, que miles de personas vean en el suicidio una salida ante el malestar que están viviendo. Creo que la única forma de corregir eso es afrontar ese reto y ahí también esa transversalidad que, desde luego, la sanidad tiene y que deberíamos de trasladar al resto de departamentos. Esa salud en todas las políticas creemos que es importante y que ahí también habría que hacer un aporte importante.

Tendría muchísimas más cosas. Desde luego, me ha parecido interesante porque, al final, todo lo que son los determinantes sociales, es decir, que las personas nos lleguen a la salud mental o a la sanidad a cualquier hospital porque sus comportamientos sociales o su comportamiento alimenticio, que está obligado por falta de recursos, le está llevando a una enfermedad, creemos que ahí habría muchísimo que hacer. Nada más. Desde luego, debo agradecerles las aportaciones. Me encantaría poder tener el... Porque creemos que nos han dejado unas líneas de trabajo interesantes. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Ahora damos el turno de palabra a los invitados de hoy, para que respondan. Empezamos por el señor Repullo y, a continuación, con el señor Iruin.

SR. REPULLO LABRADOR: Muchas gracias. Creo que son preguntas todas muy pertinentes y centradas en los temas más difíciles de responder. Pero quizás un poco el primer tema suscitado es ese antagonismo entre el proceso de subespecialización o hiperespecialización, que tiene que ver con la dificultad para manejar un conocimiento en expansión y una técnica y una tecnología que también. Bueno, pero está pasando en todos los órdenes de vida, es decir.

Por otro lado, como comentaba Patricia y también la otra compañera, era el problema de que la demanda de la necesidad social incluye una parte importante de personas con problemas diversos, por pluripatología o esto que se suele llamar comorbilidad. Esto no tiene una solución fácil, pero habrá que hacer un intento de conciliarlo. La Atención Primaria cubre un papel importante, quizás también la medicina interna y la geriatría en el ámbito hospitalario tiene una tarea importante que hacer.

Pero, en todo caso, los dilemas no tienen solución, tienen apañío o modulación, y ya va bien. Hay que intentar un poco que este desequilibrio, donde nadie se hace propietario del paciente, sino solo del pequeño órgano, sistema o alteración, por ahí hay que empezar a trabajar.

Bueno, la Atención Primaria yo creo que es una de las tres líneas de fractura que nos ha dejado la doble crisis de la gran recesión y de la covid. Se habla de que la resiliencia, más o menos, ha funcionado, pero nos encontramos que la Atención Primaria tiene una línea de quiebra importante, también hay una desafección de los profesionales sanitarios y la tercera es que las clases medias están haciendo seguros privados. Las tres cosas son para tomarse muy en serio el problema de que nuestro sistema de salud está padeciendo un problema que ahora todavía se puede reflotar, pero luego ya veremos.

En ese sentido, obviamente, hablamos de incentivación. ¿Cómo podemos...? La Atención Primaria, lo primero es que para empezar la dejamos sin gerencia, sin organización. Media

España, no perdón, a nueve de cada diez modelos les han anulado las gerencias de Primaria. Ya no quedan más que creo que en dos comunidades autónomas. Esto, muchos opinan, yo también entre ellos, que es una falta de comprensión de que el modo de trabajo de la Atención Primaria es muy diferente al modo de trabajo del hospital. Pero, bueno, este es un tema que habrá que buscar alternativas, porque el poner un único gerente no significa que esté integrado. Hablamos de integración clínica. Otra cosa es que los servicios generales, de aprovisionamiento, almacenes, el hacer la nómina, bueno, que eso..., pero en el área de funcionamiento, digamos, de la gestión clínica son dos modelos de aterrizaje diferentes.

El otro tema de los incentivos a la buena o mala gestión excede la posibilidad de interpretarlo. Hubo una enorme experiencia en la Atención Primaria británica, el *outcome framework*, que funcionó bastante mal. Eran como cuatrocientos indicadores con pago por puntos. Bueno, en definitiva, yo creo que la vocación profesional, digamos, no entra en ese modelo tan comercializado, tan detallista. Lo que tiene que haber es una cierta confortabilidad desde el punto de vista de la pertenencia. Esa confortabilidad está un poco rota también por razones de comparación. El sueldo del especialista hospitalario en relación con el sueldo de primaria no está equilibrado y, sobre todo, las cargas de trabajo. En el hospital tú dices, oye, veo quince al día, y la lista de espera es del gerente. En cambio, en Atención Primaria, tus mil quinientos o dos mil son tuyos y no del gerente y, claro, eso crea una asimetría que molesta. En fin, ahí hay que trabajar el tema para que se restaure un cierto equilibrio y esto es parte del debate que hay ahora mismo en el mundo de la Atención Primaria.

En ese sentido, hablamos de dilemas de organización, el concepto también de cómo rescatar una sostenibilidad del sistema y también un cierto equilibrio entre esa tendencia a la subspecialización y las expectativas, yo creo que, bueno, quizá tres pinceladas.

Primero, hay que contar con los pacientes. Les cuento una anécdota muy rápida, pero yo creo que eso ayuda a verlo. Me contaban unos nefrólogos de una zona de la España vaciada donde, cuando iban a una persona muy mayor, de setenta años, que vivía en un pueblo muy lejano tenían que empezar con la diálisis renal, se juntaban con ella y le explicaban a esta persona y a la familia lo que significaba de coste personal el tener que ir tres veces desde un pueblo, cómo se iba a sentir, qué iba a hacer luego cuando volviera al pueblo y, bueno, había una persona también del área de paliativos. Le explicaban que era él el que tenía que decidir si quería iniciar la diálisis o no y la mayoría, casi siete de cada diez, decían que ellos ya habían vivido lo que tenían que vivir y que lo que fuera a pasar, que pasara, pero no querían ser zarandeados. Y lo curioso, además, es que vivían más de lo que se pensaban los nefrólogos, porque la capacidad residual del riñón a veces da sorpresas. Bueno, el contar con los pacientes, no tomar decisiones por ellos, ese sería un primer elemento de racionalidad.

En segundo lugar, lamento decir que las asociaciones de pacientes empiezan a ser más parte del problema que parte de la solución. Ojo con el tema. Están enormemente penetradas por la *big pharma*. Es más, recientemente han fichado a los líderes de dos sociedades de pacientes, y las han incorporado a consejos de los grandes laboratorios. Con lo cual, ojo, que este tema se nos está yendo un poquito de las manos.

Yo creo que el mundo político tiene cosas que hacer, por ejemplo, no dejarse secuestrar por campañas de *Cuida tus huesos, Cómo tienes...* Es verdad, lo hemos visto, forma parte... Ahora,

por ejemplo, hay una enorme campaña —y seguramente vendrán a llamar a sus puertas— con el tema de: Un TAC de baja intensidad en pacientes fumadores puede prevenir o ayudar a prevenir el cáncer de pulmón. No, esos son temas técnicos. Los cribados tienen sus reglas y no esto de salir con temas de aparente educación para la salud.

Lo mismo con los temas, en línea con lo que... El llevar psicólogos por delante a todas las catástrofes. Si es que van por delante casi de los bomberos. Esto no puede ser. Hará falta salud mental o dispositivos psiquiátricos cuando alguien se desmorona, pero no antes de que tenga problemas. Por lo tanto, hay que deconstruir un poco la complejidad que nosotros mismos hemos creado. A veces las soluciones son más sensatas. Luego, en las situaciones complejas lo que nos hace falta es un juicio clínico libre de humos y eso es más sencillo de lo que parece, es decir, por eso, hay que tener un poco la posibilidad de...

Miren, en este momento, cuando un caso complejo de un tumor se lleva a una comisión de tumores y se discute entre todos los componentes, está demostrado que tienen sobrevivido los pacientes. Es bueno para la... y es un instrumento, una innovación organizativa, es que hay que reflexionar. Pero, claro, si los que reflexionan están enormemente posicionados por un elemento de valor o de..., bueno, entonces ya se acabó la armonía.

Yo, en ese sentido creo que, un poco siguiendo lo que planteó Gonzalo, los modelos que marque la ley tienen que ser, obviamente, amplios. Pero, además, me parece interesante que el sector privado debe estar metido dentro, porque lo utilizan o lo va a seguir utilizando una parte importante de la población. Hay un debate, por ejemplo, de qué pasa cuando la propiedad presiona en los profesionales sanitarios para que se use más o menos determinados servicios y ahí yo creo que es importante. De hecho, se habló, por ejemplo en Madrid, en una normativa de que hubiera una regulación para que los profesionales sanitarios, sobre todo los médicos de un establecimiento privado, tuvieran su pequeña junta facultativa y capacidad de alertar contra, de alguna manera, posicionamientos de la propiedad que fueran en contra de los intereses de los pacientes. Eso sería importante, o sea, hablamos de un valor fundamental, esto no es un modelo comercial. Hay muchas asimetrías de información y, por lo tanto, debemos de defender a los pacientes que están en el sector privado.

Lo de las gerencias de Atención Primaria, yo lo he comentado también, es complicado cómo organizar. En general, se dice que para que haya un área o un territorio y una población suficientemente amplia como para que quepa el conjunto de especialidades y sea razonablemente autónomo, muchos opinan que tiene que tener millón y medio de habitantes. Ustedes andan en los seiscientos y pico mil. Por lo tanto, les guste o no, van a tener que entablar negociaciones con sus vecinos. Viene bien para que parte de la cartera de alta especialidad se reparta y eso yo creo que debe ser estructural.

Osasunbidea debe tener en cuenta que hay cosas que debe repartir y contratar, pero eso también nos dice que, posiblemente, para un tamaño de seiscientos y pico mil se podría, en el ámbito especializado, tener una estructura regional que integrara muchos servicios, con independencia de que otras áreas tuvieran su propia dirección o gerencia asociada; y en Atención Primaria, un tema de cómo diferenciar la gobernanza clínica de Atención Primaria.

Importante, no sé si es un estatuto diferenciado o un marco diferenciado, pero miren, algunas cosas de la desafección de los profesionales sanitarios tienen que ver con la mala calidad de empleo. Este es un tema que está hundiendo el Sistema Nacional de Salud. Más del 50 por ciento de temporalidad en muchos sitios, interinidades cuya mediana de duración son nueve años. Esto responde a un modelo de organización donde las vacantes de un año se acumulan. Le ponemos un bonito nombre de oferta pública de empleo, salen en el siguiente año. El examen ha de hacerse en el tercero. Si hay un recurso, va un cuarto, y a veces puede incluso anularse la convocatoria y volver a la casilla de salida. Esto está hecho por el enemigo. Además, no funciona y no tiene razón de ser.

Hemos estudiado el sistema de Francia, el de Inglaterra. Allí hay un *concours*, en Francia, todos los años se ofrece acreditarse como médico, como facultativo especialista y, luego, se hace un concurso local, desde que queda una vacante libre no pasan ni dos semanas hasta que se cubre y se cubre definitivamente. Lo mismo con los británicos, hacen un comité de credenciales... Hay muchas maneras de organizarlo.

Yo diría que deberíamos de dar holgura a la función pública sanitaria para que haga innovaciones, que luego igual vienen bien en otros sectores. Pero lo que no puede ser es que, no teniendo médicos y no teniendo enfermeras, por una mala interpretación de estos conceptos de mérito, concurrencia y capacidad, nos tiremos cuatro años hasta que puedan salir. No, eso no puede ser y, por eso, yo diría que conviene revisar e innovar en estos temas.

Lo último, perdonad si me... Yo creo que tenemos que aprender, y hablo ahora un poco del ámbito representativo, político, tenemos que protegernos de nosotros mismos. No puede ser que una campaña mediática llegue al Parlamento, a los Gobiernos y organice, digamos, o alimente ese deseo de felicidad, esa fantasía de que podemos llegar a todos los lugares. Quizás hay que montar cortafuegos que permitan romper un poco esta infantilización posmoderna que está ocurriendo y que nos lleva a prometer cosas que no se pueden dar. Esa especie de demanda de felicidad y ese cortafuegos sería tener una estructura de consejo asesor o algo parecido para las prestaciones. Bueno, es decir, que ustedes mismos tengan una estructura con mayor componente técnico y que dirima un poco algunos de los debates sociales que, una vez que se sustentan políticamente, son intratables. Esa sería un poco la medicina preventiva de los problemas, digamos, de la mala gobernanza.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Repullo. Damos la palabra al señor Iruin para que responda a las preguntas y a las dudas.

SR. IRUIN SANZ: Muchas gracias. Yo creo que ya lo ha dicho casi todo, pero realmente a mí una de las cosas que más preocupado me tiene es el modelo social al que hemos llegado, que no sé si alguien sabe por qué hemos llegado a este modelo social, quizá sí, quizá no, pero desde luego si no sabemos por qué hemos llegado, también difícilmente lo vamos a modificar.

Lo hilo un poco con el reconocimiento a los profesionales y tener un empleo, vamos a decir, agradable, por decirlo de alguna manera, porque en mi experiencia los profesionales en su mayoría —experiencia pequeña, plantilla de ciento setenta, que tampoco, en fin, para mucho hablar no estoy—, realmente, lo que ellos quieren es tiempo libre, básicamente. Esto ha cambiado de cuando yo empecé a trabajar que queríamos dinero, por lo que sea, ya está, pero

ahora es tiempo libre. Tiempo libre que es incompatible con tener menos profesionales y seguir dando la misma atención, con lo cual estamos metidos en un bucle, que para mí o lo rompemos y para mí el covid era una esperanza de rotura. Necesitábamos un desastre, lo cual es bastante triste, pero necesitamos un desastre para darnos cuenta de que así las cosas no nos van bien. Pues no sé, espero que no, pero realmente hasta ahora no hemos conseguido hacer ninguna modificación así, consistente o susceptible de mejora, y no creo yo que con este modelo social las características de los profesionales, que ahora tienen cuarenta años más o menos, se vayan a modificar. Creo que vamos a seguir en la misma línea. No sé la siguiente categoría, yo quiero pensar que sí.

No la he enseñado, pero tengo una foto ahí, hecha en las vacaciones de este verano, donde se ve, era un restaurante, a unos padres de cuarenta o cuarenta y algo con sus dos niños sentados enfrente en la terraza. Los niños de ocho o diez años, no sé, da igual. Entonces, están esperando a la cena. Los padres están los dos, cada uno con un móvil, sin hablar ni mirarse y los niños, uno está intentando jugar, lo típico, con lo que tenía por allí, con las aceitunas, lo que fuese, y el otro niño está así como pensando.

Entonces, me dejó esperanzado creer que la siguiente generación, realmente, por alguna mutación no definida, va a ser mejor que la que hemos hecho nosotros. Yo me incluyo en los causantes de la generación actual porque, al final, estoy en esa edad. Pero eso, para mí, es como el ámbito de mayor preocupación ahora mismo. Entonces, no sé cómo vamos a poder encajar o los siguientes cómo van a poder encajar todo esto, pero bueno, esa es una de las cosas.

Luego, también un poco las similitudes cuando hablábamos de lo hospitalario y la Atención Primaria. Claro, antes se decía que los psiquiatras éramos parte de la medicina especializada, era cuando los médicos de familia no existían como tal. Uno acababa medicina y era médico de cabecera, más o menos, pero luego ya resultó que todos éramos especialistas. Entonces, yo creo que, en realidad, sin que esto quiera decir nada de nada, nosotros nos parecemos en el funcionamiento mucho más al ámbito de Primaria. Porque tenemos a la población en la puerta todo el rato. No tienen que pasar ni a quirófano ni a ningún sitio extraño. Vienen, llaman y se presentan allí. Y nos sabemos su vida, porque esa visión holística y de acompañamiento del paciente, eso ha sido el eje tradicional del funcionamiento de la psiquiatría durante todos estos años, cuando nadie hacía caso ni a los sociosanitario ni a lo holístico ni a nada de nada, éramos como una especie de cosa rara que nos dedicábamos a ver a los pacientes un montón de veces y un montón de tiempo además cada vez que los veíamos.

Eso también se ha modificado. Los profesionales de ahora, y probablemente esto es una visión de viejo, son técnicamente mucho mejores que nosotros, de eso no tengo ninguna duda, pero también tienen menos esa visión holística. Entonces, eso está repercutiendo también en el funcionamiento y en los resultados que da el sistema. Ya digo que puede ser una visión de viejo, esto es como «antes las cosas eran mejores». Igual no, no lo sé, pero eso es lo que veo.

En cuanto al tema de las decisiones compartidas, que me alegra poder aportar algo que no se había oído mucho por lo menos, la verdad es que nosotros estamos ahora mismo en ello. Bueno, yo llevé este caso porque tuve conocimiento de esos pacientes que llegaron con su papel y lo llevé al sistema de salud. Entonces, me encargué de organizar un poco unos grupos

de trabajo. Ahora mismo, del grupo original somos tres grupos: uno dedicado a la parte que yo llamo administrativa, es decir, dónde se va a registrar, hace falta una norma, hace falta no sé qué, cómo se recoge, qué procedimiento tiene que seguir el paciente para que esto tenga una cierta validez y, al final, cómo lo vamos a dar a conocer; luego, hay otro grupo que se dedica a la parte de negociación e información con el paciente; y luego hay otro grupo, que una persona insistió mucho en que generásemos y que no lo habíamos visto en otros sitios, que era cómo se informa a la población de esto mismo.

Una cosa es al paciente en su caso concreto, pero a la población en general esto a qué le va a sonar ¿Debemos informar? ¿No debemos informar? ¿Qué pasa cuando no informamos bien? ¿Qué ha pasado con la ley de eutanasia? Empezamos todos un poco amontonados, creo yo, en el tiempo, con prisas porque había que poner todo en marcha y tal. Bueno, se debería hacer un proceso un poco más dilatado en el tiempo probablemente, contando con el apoyo de las asociaciones para que no estimulen justamente lo contrario, ya están también metidas en este lío y vamos a ver lo que sale.

Realmente, no sé lo que va a salir, pero por ahora desde lo administrativo, que es en el grupo que me he quedado yo, el modelo es el de las voluntades anticipadas, vamos a intentar copiar ya la experiencia de unos años en ese tema y los problemas y las soluciones que se le han dado, para ver si se puede enfocar de una manera parecida por lo menos.

Y poco más, la verdad. No he entendido muy bien —sí, esto es lo último— el tema este de la privatización con las entidades que existían. Yo ahí tengo un concepto distinto, quizás por mi propia experiencia, pero en Gipuzkoa en realidad las estructuras hospitalarias no agudas, lo que antes eran los psiquiátricos, están gestionadas en este momento por dos órdenes religiosas: San Juan de Dios y Menni. Hay una tercera estructura, que antes era una estructura privada, eran dos familias que habían puesto el capital y habían creado aquello, pero ahora se ha vendido, no sé, a un fondo de estos en realidad, no sé exactamente a cuál, no me acuerdo, bueno da igual. Tenemos tres estructuras. Las tres funcionan con un concierto con el Departamento de Salud y su financiación al 95 por ciento o más, no sé seguro, alguna igual más, procede del sistema público. Lo que pasa es que el sistema público no se ha podido encargar de eso, porque no había. Pero, además, si vemos los costes de un sistema público y un sistema privado, igual también nos empezaba a entrar alguna cuestión, a cuestionarnos por decir así. Pero, en realidad, yo pienso que esos pacientes están siendo bien atendidos por un sistema financiado por el sistema público y por un sistema que es capaz de mantenerlos en un medio habitual para ellos, a falta de otro medio mejor, porque no tienen medios.

Hay gente que igual lleva ingresada veinte años y, en esos veinte años, su familia o su entorno ha desaparecido o se ha disgregado, entonces, ¿dónde lo pones? Realmente, la experiencia de intentar sacar pacientes fuera ha tenido todas las versiones imaginables. Ha habido comunidades donde simplemente se han dejado fuera y, entonces, han protestado, como decía antes, las asociaciones de pacientes, las familias básicamente, por eso las asociaciones son de familiares de pacientes, no de pacientes, la mayoría de ellas; y hay sitios donde se han perdido.

Ahora mismo, nosotros estamos haciendo un estudio con una región de Italia, que es la región de Verona, con Luis Salvador también, y analizando los datos pre y poscovid, de enfermedad.

Claro, para mí lo curioso, la primera curiosidad cuando empezamos a juntar datos era que nosotros teníamos muchos F4, de esos que enseñaba antes, y los italianos no tenían ninguno. Ellos tenían el doble de población que nosotros y hacían menos consultas que nosotros.

Claro, les pregunté, lógicamente, después de un tiempo de reuniones y entonces la respuesta es: «no, están, no se sabe dónde, o en el sistema privado». Claro, entonces, un sistema público entiendo que no puede permitirse eso. Es verdad que tendremos que dar mensajes claros. Yo me acuerdo de un consejero que siempre decía: «si usted tiene gripe, métase en la cama tres días, beba líquidos y no venga al médico». Bueno, nadie ha dicho nada similar en todo esto de la salud mental. ¿Deberíamos decirlo? Pues no sé, hay que atreverse también, pero realmente hay antecedentes en la misma línea.

Entonces, creo que debemos atender a todo lo que podamos atender con todos los medios que tengamos a nuestro alcance y eso incluye concertados, privados, no privados, me da igual. Nosotros, en esto de las OSI, como éramos pequeños y no teníamos hospitales, nos inventamos una OSI virtual —no me acuerdo quién me sugirió el nombre, pero le pusimos el nombre—, que era una OSI nuestra con los hospitales concertado, que, evidentemente, no puede funcionar en cuanto a gestión, ni de recursos humanos ni económicos ni nada, pero sí puede funcionar como una entidad conjunta a la hora de diseñar protocolos o modos de funcionamiento. Entonces, yo creo que eso, para nosotros por lo menos, yo lo veo obligado, no veo otra posibilidad. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Pues muchísimas gracias a los dos ponentes de hoy de esta Comisión. Me reitero en lo que ha dicho la señora Ansa, que posiblemente ahora mismo esta Comisión de Ley Foral de Salud sea lo mejor que tengamos en este Parlamento, por lo menos yo. Quiero reiterar el agradecimiento y tienen las puertas abiertas de este Parlamento. ¿Nos envían las presentaciones? (MURMULLOS). Genial, porque ya saben que luego tenemos que hacer un dictamen y un resumen de todas estas Comisiones. Bueno, tienen las puertas abiertas de este Parlamento y, desde luego, las puertas abiertas de los respectivos partidos políticos. Muchas gracias.

(Se levanta la sesión a las 15 horas y 17 minutos).