



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 21 de noviembre de 2022

NÚM. 2

---

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

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.<sup>a</sup> PATRICIA FANLO MATEO

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 21 DE NOVIEMBRE DE 2022**

**ORDEN DEL DÍA**

- 10-22/CIE-00001. Plan de trabajo.
- 10-22/CIE-00001. Comparecencia de los Sres. Luis Gabilondo Pujol y Juan Luis Beltrán Aguirre para informar sobre los principios rectores de la Nueva Ley Foral de Salud.

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

(Comienza la sesión a las 13 horas y 1 minuto).

**10-22/CIE-00001. Plan de trabajo.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Buenos días. Egun on. Casi arratsalde on, buenas tardes. La verdad es que estamos, hemos habilitado esta primera parte de la convocatoria de la Comisión Especial de Salud para explicar las modificaciones que ha habido al plan inicial que aprobamos en esta Comisión. Debido a la agenda de algunos de los expertos que propusimos para estar inicialmente en esta Comisión, sobre todo por problemas de agenda, ha habido tres expertos, las señoras Matiz y Riaño, que han declinado el poder estar aquí, y el señor Novoa también, sobre todo por problemas de movilidad.

De tal forma que las Comisiones quedarían conformadas como ya están viendo en el esquema, la primera es la que tendremos a continuación, que van a asistir los señores Luis Gabilondo y Juan Luis Beltrán. La segunda será el 9 de enero a las trece horas con los señores Juan Manuel Freire y José María Uribe. La tercera del 30 de enero con los expertos José Ramón Repullo y Álvaro Iruin. La cuarta del 6 de febrero con los expertos en modelos de gestión en Salud Pública, Rafael Bengoa y la señora Margarita Echaury Ozcoidi. Por último, la quinta será el 20 de febrero, en la que la hemos subdividido en dos: un ponente hablará de modelos de gestión, que será el señor Juan Erviti López, y la última ponente será la señora Lucía Artazcoz Lazkano, que es experta en Género en Salud.

Además, para que votemos el plan... Además, quiero decir que vamos a poner un tiempo máximo de intervención de cada uno de los portavoces de siete minutos con un segundo turno de preguntas que, como máximo, un minuto.

Entonces, si estáis de acuerdo con los cambios del plan y con la dinámica y los tiempos de las intervenciones, votamos. ¿Votos a favor? (PAUSA). ¿Votos en contra? (PAUSA). ¿Abstenciones? (PAUSA).

Terminada la votación, damos por finalizado este primer punto y suspendemos de forma momentánea para que entren los expertos de hoy. Muchas gracias.

(Se suspende la sesión a las 13 horas y 3 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 13 horas y 10 minutos).

**10-22/CIE-00001. A las 13:00 horas: Comparecencia de los Sres. Luis Gabilondo Pujol y Juan Luis Beltrán Aguirre para informar sobre los principios rectores de la Nueva Ley Foral de Salud.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Buenas tardes. Es un honor para mí presentar esta primera Comisión Especial de Salud para acordar y asentar las bases de una nueva Ley Foral de Salud. Esta primera Comisión va a versar sobre lo que son los principios rectores de esta nueva ley foral. Tenemos el placer de contar con dos expertos reputados, conocidos. El currículum de los dos es súper extenso. Voy a nombrar lo que a mi entender me ha parecido que es lo más relevante para esta Comisión, pero que sepan que lo he recortado bastante, que era mucho más extenso.

El señor Luis Gabilondo Pujol, aparte de ser médico de familia, que yo creo que es una de las virtudes, es un experto en gestión sanitaria foral, además, desde que se transfirieron las competencias en Salud a esta Comunidad. Fue director general del Departamento de Salud durante la anterior legislatura. Tiene una larga trayectoria.

También en la legislatura 1987-1991 fue el director provincial del Insalud cuando se hicieron las transferencias, subdirector también de Atención Especializada, director de Atención Primaria, entre otros cargos de responsabilidad. Luego, ha participado en proyectos de planificación importantes, como son el Plan de Salud, el Plan de Crónicos y, como luego diré a continuación, en este esbozo de esta nueva Ley Foral de Salud.

El señor Juan Luis Beltrán es licenciado en Derecho por la Universidad de Navarra, doctor en Derecho también por la misma universidad, profesor asociado de Derecho Administrativo en la Universidad de Navarra y de la Universidad Pública. En la actualidad, es colaborador honorífico de la UPNA y Presidente del Consejo de Transparencia de Navarra. Entre otros cargos, ha tenido en la Secretaria General, Técnico del Departamento de Salud del Gobierno Navarra, Presidente de la Asociación de Juristas de la Salud y Presidente de SESPAS, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

Quiero agradecer personalmente a estos dos expertos tanto al señor Gabilondo como al señor Beltrán la buena predisposición y el ánimo de estar hoy aquí en esta Comisión Especial de Salud para darnos luz en esta nueva Ley Foral de Salud.

Por otro lado, quiero agradecer todo el trabajo ya elaborado durante la anterior legislatura. Estaban ya los mimbres prácticamente, más que los mimbres de esa Ley Foral de Salud. Quiero darles la enhorabuena por el trabajo ímprobo y por el esfuerzo que ya se realizó en la legislatura pasada.

No quiero consumir más tiempo. Hechas las presentaciones, voy a ceder la palabra a los expertos. Comenzaremos con el señor Luis Gabilondo. (MURMULLOS). El señor Beltrán mejor, que empiece el señor Juan Luis Beltrán, y muchísimas gracias por estar aquí.

SR. BELTRÁN AGUIRRE: Buenos días a todos. Quiero en mi exposición hacer dos partes, una introductoria embarcando el proyecto de nueva Ley Foral de Salud en el contexto sanitario describiendo las etapas que ha tenido la construcción y gestión de nuestro Sistema Nacional de Salud en el momento en el que estamos. En función de eso, a continuación concretaré los concretos contenidos que, en mi criterio, la nueva Ley Foral de Salud o de Ordenación del Sistema Sanitario de Navarra debe abordar, regular y, de alguna forma, resolver y sentar las bases para conseguir tener un sistema sanitario navarro como se merece Navarra.

En el sistema sanitario español se pueden identificar tres etapas muy claras. Una primera etapa, los años ochenta, que se centró en la construcción de un sistema sanitario público integral, universal, gratuito y de financiación pública vía impuestos. En los años ochenta, a estos efectos, se aprobó la ley general de 1986 y en Navarra la ley de salud de 1990.

El objetivo de estas leyes era construir, porque en ese momento era inexistente, ese sistema sanitario público con esas características que he dicho. Efectivamente, se dieron pasos muy importantes en los primeros años en la construcción de este sistema.

En los años noventa, que viene la segunda etapa, el sistema sanitario se impregnó de una doctrina neoliberal muy intensa. Empezó, todos recordarán, el informe de abril de 1991, le siguió la ley de 1997 de nuevas formas de gestión de la sanidad, todas ellas privatizadoras. Culminó, digamos, con el nuevo decreto-ley de Rajoy de 1812 que restringió la universalización de la asistencia sanitaria, la limitó, incrementó los copagos, y favoreció también la externalización de los sistemas.

Las consecuencias de toda esta política neoliberal que constantemente se introdujo y enmarcó en los años ochenta y principios de los años dos mil en el sistema sanitario trajo como consecuencia que la Asistencia Primaria, la Atención Primaria y la Comunitaria quedaran relegadas a un segundo plano. La Comunitaria, prácticamente desaparecido, quedó totalmente aparcada. La Atención Primaria era la hermana pobre del sistema sanitario. La Salud Pública quedó en mínimos.

Primó lo individual sobre colectivo, lo curativo sobre lo preventivo y lo promocional. El hospitalcentrismo fue la sede o el marco de toda la prestación y gestión sanitaria en aquellos tiempos. Hubo claramente en mi criterio y ha habido, que aún lo padecemos, por esta política neoliberal, un importante deterioro del sistema sanitario público que pretendió crear y mantener en un inicio la política y la ley general de sanidad.

Finalmente, estamos en el inicio, digamos, de una tercera etapa que se caracteriza por la promulgación por el Gobierno de Sánchez del decreto-ley del 2018, que, digamos, neutraliza el del 2012 de Rajoy, recupera la universalización de la sanidad nacional y quiere impulsar otra vez una sanidad pública de gestión pública, de gestión directa.

En estos momentos, la ley de equidad que se está tramitando en las Cortes Generales, que quiere hacer una modificación de la ley parciales, la ley general de salud, la ley de cohesión, etcétera, postulando, volviendo a la filosofía de los años ochenta. Postulando otra vez una sanidad universal, gratuita, financiada vía impuestos, de gestión directa en que la colaboración con lo privado no sea la norma sino sea la excepción.

Este es el marco en el que actualmente nos estamos moviendo. En este marco y que Navarra ha sufrido todas estas consecuencias. Navarra, la doctrina neoliberal, ha provocado también que nuestra asistencia Primaria esté en mínimos, la sanidad comunitaria, la Atención Comunitaria esté desaparecida. Que la Salud Pública ya ha funcionado mal. La Salud Pública ha funcionado mal en todo el país y en Navarra igual. La prueba la tenemos con la gestión de la pandemia de la covid, que ha sido en general un desastre por no tener una infraestructura de Salud Pública adecuada.

Ante esta situación, claro, por supuesto que es buena que es deseable una nueva Ley Foral de Salud que aborde las necesidades del sistema sanitario de Navarra, que podemos identificar en estos momentos, intente darles respuestas jurídicas y sentar unas bases y unos cimientos que permitan de aquí a unos años poder disponer nuevamente de un sistema sanitario navarro bueno. Modelo como era inicialmente en España.

Entonces, ¿qué aspectos en mi criterio son ineludibles que hay que abordar, regular y hacerlo lo mejor posible en esa nueva Ley Foral de Salud o de Ordenación Sanitaria? La llamaría Ley

Foral de Ordenación Sanitaria, porque una ley de Salud completa tiene una parte dogmática, una parte orgánica, una parte funcional... Pero en Navarra ya tanto los derechos y deberes de los pacientes como los aspectos funcionariales, la Función Pública sanitaria están bien reguladas, tienen una regulación autónoma.

Tenemos la Ley Foral de Derechos y Deberes de los Pacientes y la Ley de Muerte Digna que regulan en mi criterio adecuadamente y de una forma actualizada sin apenas necesitar cambios, toda esa parte dogmática de derechos y deberes que suelen incorporar, tenemos ya la legislación buena y actualizada.

Tenemos también una legislación propia, separada del resto del país de la Función Pública Sanitaria. La ley que regula la Función Sanitaria Pública, que se diferencia de la estatal, que es estatutaria, el Estatuto Nacional de las profesiones sanitarias. No es aplicable el de Navarra porque tenemos nuestro propio régimen funcional. Otra cosa es que se plantee cambiar ese régimen funcional por uno estatutario. Esa es una historia que no quiero entrar yo ahora.

Pero que tanto derechos y deberes como Función Pública no deben, en mi criterio, regularse, incorporarse a esta ley. Entonces, sería una ley limitada a la ordenación del sistema sanitario de Navarra, que comprendería esa parte orgánica, organización del sistema, y funcional, funcionamiento del sistema. Entonces, qué elementos, qué contenidos debería tener esta ley. Para mí la clave el principal, a lo que más atención debe prestar el Parlamento es la Atención Primaria de Salud y la Atención Comunitaria. Es el eje del sistema y la clave de un sistema.

Un sistema sanitario funcionará bien, no si tiene grandes hospitales, magníficos hospitales, eso es indiferente, sino si tiene una Atención Primaria y Comunitaria buena, potente, bien desarrollada y que cumpla con la funcionalidad. Entonces, tendremos un sistema sanitario que funcione y ni habrá listas de espera... Pero si no tenemos un sistema sanitario de Atención Primaria y Comunitaria que funcione, la sanidad aquí y en Bujalaro será un desastre. Yo por lo menos lo tengo clarísimo.

Entonces, hay que dedicar mucha atención a la regulación de la Atención Primaria y Comunitaria en Navarra. Qué elementos, he hecho una pequeña lista dentro de la Atención Primaria y Comunitaria que en teoría habría que retocar: redefinir los equipos de Atención Primaria y las urgencias rurales, adecuando las plantillas, que las plantillas actuales son insuficientes.

Muy importante incorporar normas dirigidas a eliminar la precariedad laboral, estabilidad en las plazas, mejorar notablemente los niveles retributivos de los profesionales de Atención Primaria, motivar económicamente a los MIR...

¿Por qué digo incentivar económicamente a los MIR? Se ha dicho, que no es cierto, que en España faltan médicos. En España no faltan médicos, salen suficientes graduados en Medicina de las facultades de Medicina. La Organización Mundial de la Salud dice que el número de estudiantes de Medicina ha de ser aproximadamente uno por cada 10.000 habitantes. Si seguimos esta pauta de la Organización Mundial de la Salud de uno por cada 10.000 habitantes, en España harían falta 4.650 plazas de estudiantes de Medicina de nuevo ingreso. Sin embargo, estamos en 7.000 y pico, muy por encima de la media que postula...

En la última convocatoria de MIR, para 8.000 plazas de MIR, se presentaron 13.000 graduados en Medicina, 5.000 no pudieron acceder porque no hay plazas suficientes. El problema no está en que no hay suficientes estudiantes y, por consecuencia, suficientes graduados de Medicina, sino el cuello de botella está más bien en la especialización, en la segunda fase de la formación de los MIR, en la especialización.

Ahí está el cuello de botella, ese ese es el problema que hay que solucionar. No crear más facultades de Medicina, sino potenciar la creación de plazas MIR. Entre ellas, las de Atención Primaria y Comunitaria y las de Medicina Preventiva y Salud Pública, porque además están totalmente desprestigiadas.

Son las últimas en cubrirse. Todos los graduados en Medicina quieren una plaza de alta especialidad hospitalaria, oncológica, cardiológica... Da prestigio, da dinero. Podrán ir a congresos internacionales a presentar ponencias, etcétera. Si al final tiene que optar u quedarse con una plaza de médico de pueblo, es un fracasado, esa es la realidad. Entonces, los graduados en Medicina no quieren ir a Medicina Preventiva o a Atención Primaria porque se sienten fracasados.

Los últimos estudios que he leído prevén que las jubilaciones de los próximos diez años, que van a ser muchas, las plazas de cierta especialidad hospitalaria no se van a quedar sin cubrir porque habrá suficientes candidatos entregados para cubrir las, pero las plazas de MIR se van a quedar, que se calcula que hasta el 50 por ciento sin cubrir en los próximos años. Porque no va a haber médicos que, aunque sea, como no tienen otra opción, cogerán la plaza de MIR. Ese va a ser un problema serio.

Cataluña, ya lo está intentando solucionar. Ha creado, no sé si sabrán ustedes, un programa que incentiva económicamente a los graduados en Medicina que eligen Medicina Primaria y Comunitaria, dándoles un incentivo económico y de entre 5.000 y 9.000 euros. 9.000 si es una plaza de médico de familia rural, 5.000 si es en Barcelona, la capital. Acciones desastre, como era aquí también, porque si no, no vamos a reinventar, revivir o reflotar la Atención Primaria y Comunitaria.

En fin, se trata de potenciarla y prestigiarla, a que al graduado en Medicina le sea atractivo pedir una plaza de médico de familia y comunitaria y de Medicina Preventiva y Salud Pública. Que no se sienta un fracasado: Soy el último de la fila, me ha tocado esto.

¿Cómo se consigue prestigiar estas cosas? Dotándolas económicamente bien, etcétera. Con muchas mejoras. Tengo aquí, por no alargarme, las diferencias de retribuciones en Navarra. Por ejemplo, con la media europea en la Atención Primaria. La media de Europea está, no el doble, pero sí un 50 por ciento más alta que la de Navarra. Tendríamos que acercarnos a la media europea en retribuciones, y eso debería reflejarse en la ley.

Además, se deberían crear distritos sanitarios y de ámbito comarcal, como apoyo a la mejor asistencia sanitaria de familia, una flexibilidad organizativa de los equipos de Atención Primaria, que tengan mucha más capacidad de decisión y capacidad de resolución. Que hagan, que ahora no pueden, muchas pruebas diagnósticas, etcétera, etcétera. Con esto termino de Atención Primaria, actualmente en el presupuesto para este año, la Atención Primaria en

Navarra ocupa el 14 por ciento del presupuesto total del gasto sanitario, el 14 por ciento del total de presupuesto para gasto sanitario.

Los mejores estudios sobre qué porcentaje debe tener la Atención Primaria nos sitúan en el 25 por ciento. Yo creo que para conseguir esta potenciación y prestigio de la Atención Primaria en Salud, el presupuesto que debe gastarse en Atención Primaria debe ser, como mínimo, el 25 por ciento, no el 14 por ciento actual. Si no dedicamos el 25 por ciento del presupuesto, todas estas cosas se quedarán en bonitas palabras, pero seguiremos con una sanidad y Atención Primaria desprestigiadas, etcétera.

Salud Pública, en la Ley Foral de Salud apenas está tocada, no se le daba trascendencia. No habíamos sufrido aún la pandemia de la covid que nos ha hecho abrir los ojos frente a la necesidad de tener un buen sistema de Salud Pública. La Salud Pública hay que potenciarla, hay que dedicarle un título en la nueva ley a la Salud Pública, describiendo concepto y funciones de la Salud Pública, vigilancia e información de Salud Pública, prevención de los problemas de Salud Pública, planificación y evaluación del impacto en Salud, un Observatorio Navarro de Salud.

En particular, también una de las cosas que más conflictividad jurídica ha provocado en la gestión de la pandemia han sido las intervenciones que las autoridades sanitarias, intervenciones sobre los ciudadanos que han implicado limitaciones de sus derechos fundamentales, desde confinamientos hasta obligaciones forzosas, etcétera.

Ha provocado esto además una conflictividad jurídica muy importante, ha habido decenas de resoluciones judiciales contradictorias algunas. Desgraciadamente, en nuestro sistema sanitario carecemos de una legislación adecuada para resolver esta temática.

Tenemos a nivel nacional una ley general de Salud Pública que se promulgó, como sabrán ustedes, en el 2011. Una ley general de Salud Pública junto a una ley general de Sanidad. Una ley general de Salud Pública del 2011 que exigía un desarrollo reglamentario importante, que nunca se ha hecho. La ley general de Salud Pública Estatal está inédita, está inaplicada. No es más que papel mojado en el boletín Oficial, porque no le ha interesado aplicarla a nadie.

Seis comunidades autónomas han elaborado junto a las leyes de Salud de esa Comunidad Autónoma, leyes específicas de Salud Pública, tomando como modelo la ley general de Sanidad. Navarra no lo ha hecho. No haría falta en Navarra una ley específica de Salud Pública, pero sí es imprescindible en mi criterio en Navarra un título amplio en la nueva ley de Salud que regule la Salud Pública y, en particular, esta problemática de intervención que limita derechos fundamentales y que tanta conflictividad y tanta literatura ha causado.

Propongo, como ejemplo de un buen hacer legislativo en esta regulación de las limitaciones de derechos fundamentales, la Ley gallega 8/2021 que introdujo ocho artículos nuevos en su Ley Foral de Salud y que, en mi criterio, hace una acertada, correcta y buena regulación de todas las garantías que deben rodear las intervenciones públicas limitativas de derechos fundamentales por razones de crisis sanitaria y de riesgos efectivos, transmisiones de enfermedades contagiosas, etcétera. Yo cogería el modelo de la ley gallega para incorporar a la

ley foral toda esta regulación relativa a la Atención Sociosanitaria relativa a los derechos fundamentales.

Sigo, que no me quiero alargar demasiado. La Atención Sociosanitaria también requiere un abordaje concreto, sobre todo en materia de coordinación. La Atención Sociosanitaria intervienen dos departamentos, Derechos Sociales y Salud. En todas las comunidades pasa lo mismo. Desgraciadamente, Derechos Sociales y Salud no se coordinan, no se coordinan ni a la de tres.

En Navarra se creó la figura del coordinador, que no ha coordinado nada. Hay que intentar solucionar esto y generar coordinación de verdad. ¿Qué están haciendo otras comunidades autónomas? Creando órganos específicos de coordinación con capacidad más decisoria: País Vasco, un Consejo de Coordinación Sanitaria; Cataluña, una Agencia catalana de Coordinación Sociosanitaria; Andalucía, Comisión central y Comisiones Provinciales. Con más capacidad decisoria y, en consecuencia, posiblemente más capacidad de coordinación que la que tenemos ahora. Tendríamos que seguir algún modelo de estos, estudiarlos y ver qué nos conviene en Navarra, pero hacer algo. Crear un órgano que de verdad coordine el ámbito social, el ámbito sanitario en la Atención Sociosanitaria.

Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, se debería agilizar su funcionamiento. Voces dicen que convendría convertirlo en vez de organismo autónomo en una entidad de derecho público y sometida al derecho privado como Osakidetza, por ejemplo, o el catalán.

Yo no estoy tan convencido de eso, porque a fin de cuentas después la gestión privada es mucho menos de lo que... Después hay que reservar por nuestra propia legislación por derecho Administrativo el 70 por ciento de la gestión. Pero es un tema a estudiar también.

Normas de buen Gobierno a incorporar a la ley. La Ley Foral de Salud actual, en aquellos tiempos no estaba de moda el Buen Gobierno, no incorporó nada. Ahora hay que dedicar también un capítulo importante a las normas de Buen Gobierno. Declaración de conflictos de intereses, regular la declaración de conflictos de intereses.

Yo recomendaría que se regule directamente la ley, que no se remitan al Reglamento. Por ejemplo, la ley general de Salud Pública Estatal en el artículo 11 se refiere a los conflictos de intereses y remite al Reglamento su regulación. Nunca se ha hecho ese reglamento.

Yo he participado con el Ministerio de Sanidad a través de SESPAS en dos intentos de que se apruebe ese Reglamento. Hemos presentado reglamentos totalmente elaborados y nunca han prosperado. Siempre hay mucho en juego los conflictos de intereses, mucho dinero en juego y cuesta. Entonces, si ustedes lo remiten al reglamento, yo diría que dentro de diez años me da igual el Gobierno de derechas o de izquierdas, no se va a reglamentar. O lo hacen en la ley, o no se va a reglamentar.

Rendición de cuentas, profesionalización del personal directivo, transparencia e información en todos los ámbitos, participación de profesionales, sanitarios y usuarios. Órganos de Gobierno colegiados y participados. Todos estos elementos conforman un buen Gobierno del sistema sanitario y todos estos tienen que tener su concreta referencia, regulación en la ley foral de Sanidad.



Gestión del sistema sanitario de los servicios sanitarios, las dos opciones, o una gestión directa, dejando la colaboración público-privada como excepción, cuando esté plenamente justificada. O, como han ocultado otras comunidades autónomas, Madrid, el ejemplo paradigmático, por la gestión privada. La externalización, Cataluña también tiene, pero, vamos, por tradición, es distinto.

Yo, para mí, no dudo en que optaría por la gestión directa e imponer que en la ley, que la gestión del Servicio Navarro de Salud, el Instituto de Salud Pública sea directa a través de los propios medios y que externalización de servicios o la suscripción de conciertos o convenios singulares de vinculación sea la excepción. Incluso que cualquier intento de externalización de un servicio o prestación sanitaria exigiese previamente autorización del Parlamento. Hasta ese extremo lo pondría en la ley.

Siguiente tema, las TIC. En la Ley Foral de Salud no se hace ninguna referencia, ahora, las TIC tienen un papel muy importante en el sistema sanitario, en la gestación y en las prestaciones sanitarias. Hay que sentar unas reglas claras sobre la medicina en la red, la gestión médico-asistencial con cita previa electrónica, receta electrónica, historia clínica digital. Después también, enmarcar correctamente la teleconsulta y la telemedicina. Ahora, con las listas de espera, con la crisis sanitaria, la pandemia, la telemedicina se ha puesto de moda. Para qué tener una visita presencial, es prácticamente imposible. Por teléfono, usted llame por teléfono y le atenderá el médico por teléfono o como mucho. No es correcto.

Sobre todo la primera consulta exige una exploración física y sin exploración física que la telemedicina no permite. Sin exploración física, no es posible un diagnóstico mínimamente correcto. Puede ser una ayuda en segundas o terceras consultas, enfermos crónicos, seguimiento, etcétera, pero la ley tiene que enmarcar en qué ámbitos será factible la telemedicina y en qué ámbitos no será factible la telemedicina, prohibiéndola tajantemente. No como ocurre en algunos centros privados que han obligado a los médicos a que todas las consultas sean por telemedicina, nada de presencia física. Algunos han hecho objeción de conciencia. Una objeción de conciencia correcta.

Debe crearse en Navarra el Banco de Salud, el Banco de Datos de Salud. Ha habido algún intento por el Gobierno de Navarra de algún estudio, pero debería crearse jurídicamente en la nueva ley foral un Banco de Datos de Salud de Navarra, que gestione los datos de Salud provenientes de diversas fuentes, como usted sabe. No solamente el Servicio Navarro de Salud, de todos los centros de Salud, y se puedan aprovechar después debidamente para investigación, docencia, etcétera, que es importantísimo. Ese banco de datos es fundamental, es importantísimo tenerlo ya, crearlo jurídicamente en la ley. Otra cosa será montarlo en la práctica. Por lo menos, jurídicamente, tenerlo en la ley.

Debemos desjudicializar la sanidad en lo posible. Las comunidades autónomas que han creado el Servicio de mediación sanitaria está en general dando buenos resultados, impidiendo y facilitando que muchos pleitos de responsabilidad patrimonial no terminen en los juzgados. Instituiré el servicio de mediación creando una oficina de mediación. Yo postularía que se haga así. Los resultados son buenos.

Finalmente, también quisiera incorporar un capítulo respecto a la financiación general del sistema sanitario, no solamente de Atención Primaria y que ha dicho antes que debe ser el 25 por ciento, sino sentar unos criterios que obliguen al Gobierno en las leyes de Presupuestos. Desgraciadamente, las leyes de Presupuestos son leyes del mismo rango que esta ley, pueden desdecir después lo que se diga en esta ley. Pero, por lo menos, se deben poner unos principios respecto a la financiación del sistema sanitario, que garanticen la financiación adecuada y suficiente contemplando porcentajes del PIB, porcentajes del Presupuesto de Navarra que, como mínimo, debería comprender la financiación de sanidad que estamos, como saben muy bien, no hace falta que lo diga, bastante por debajo también de los porcentajes que hay de media en la Unión Europea.

Finalmente, y con esto acabo, quiero dedicar un capítulo a trastornos adictivos, dependencias, etcétera, etcétera. Establecer una regulación con limitaciones y prohibiciones particularmente en bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogadicciones. Se ha de abordar ese tema y establecer limitaciones y prohibiciones claras para las bebidas alcohólicas, tabaco... Estos son, en mi criterio, los componentes que no puede o no debe eludir la nueva ley. Con esto acabo.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchas gracias, señor Beltrán. Damos la palabra al señor Gabilondo. (MURMULLOS).

SR. GABILONDO PUJOL: Lo primero, he de decir que es un honor estar aquí, aunque también es una responsabilidad. Les voy a trasladar reflexiones que son estrictamente personales, derivadas de mi experiencia y también de mis principios, que también los tengo. Voy a intentar esquematizar, porque a mí me resulta muy difícil. Recuerdo siempre la primera entrevista que me hicieron en una televisión y me dijeron: «En quince segundos, ¿qué opina usted del sistema sanitario?». La sensación que tengo hoy es un poco parecida. Es decir, de alguna manera tratar de ordenar todo lo que debería de ser el sistema sanitario para mí es una tarea compleja.

Empezaré por señalar que todos los sistemas sanitarios del mundo están sometidos a una serie de tensiones muy importantes en este momento, perdonen algunas cosas conceptuales, pero me parecen esenciales para entender por qué algunas cosas tenemos que cambiar.

Está claro que los recursos son limitados y las demandas y las necesidades asistenciales son cada vez más grandes. El envejecimiento, las expectativas del usuario, las nuevas tecnologías, todo ello va desarrollando. Cada vez que se inventa un nuevo producto o se desarrolla una nueva técnica, aumenta una expectativa y aumenta una demanda. La necesidad viene después.

La realidad es que todas las autoridades sanitarias de cualquier signo afirman que más vale prevenir que curar, pero la realidad es que el sistema actual es un sistema totalmente curativo, muy centrado en la salud física. Olvidamos, además, que el nivel de salud de una comunidad no depende solo, a veces algunos dicen que ni principalmente, del sistema sanitario. La educación, la alimentación, el medio ambiente, el medio laboral, todos son factores que determinan el nivel de salud de una población. Precisamente, tenemos que empezar a cambiar el paradigma y no a hablar solo de enfermedad, sino hablar de salud.

Todos afirmamos que sin una Atención Primaria fuerte es imposible un sistema sostenible, pero la realidad es que el actual sistema sigue siendo, y yo diría que cada vez lo es más, hospitalocéntrico, que el poder de decisión del sistema está en el hospital, que el prestigio profesional se orienta a cada vez más a la hiperespecialización. El crecimiento del gasto de la tecnología y de los hospitales es imparable y lastra las posibilidades de crecimiento del resto de las políticas de Salud, de la Atención Primaria, etcétera.

El desarrollo técnico es imparable. Estamos asistiendo ya al comienzo de una nueva era en Biotecnología. La medicina y la farmacología personalizada, la genética, etcétera; eran impensables hace una década, pero ya empiezan a ser técnicas ordinarias de uso.

La sociedad en general y los profesionales en particular sentimos una auténtica fascinación tecnológica. Todo lo tecnológico lo incorporamos. Ahora, la innovación organizativa, la innovación en modelos de atención, etcétera, nos cuestan un poquito más. Con la evolución actual de la tecnología y con los modelos de atención actual. Con toda probabilidad, la distancia entre la oferta y la demanda va a crecer. Las desigualdades en Salud van a explotarlo.

Necesitamos frenar esta tendencia. La 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de Ginebra nos dijo algo sobre el camino que se debería recorrer para hacer frente a estos retos. No me voy a extender, pero insistiré en que necesitamos un sistema en el que estén mucho más empoderados los servicios y modelos de atención integrados y centrados en la persona, la Atención Primaria, los servicios de Salud Pública y un sistema que evalúe de verdad la eficiencia social de las nuevas tecnologías.

También el análisis comparado de sistemas sanitarios nos da algunas pistas. Si queremos mejorar la salud de la comunidad, tenemos que defender la atención universal. Si queremos satisfacción de los ciudadanos, tenemos que dotar de mayores grados de libertad de elección. Si queremos contener el gasto, tenemos que tener presupuestos cerrados pero realistas. Si queremos mejorar la eficiencia del sistema, tenemos que profesionalizarlo, tenemos que financiar a los centros, a los servicios y también en parte a los profesionales en función de sus resultados. Por último, si queremos una atención sostenible, tenemos que empoderar a la Atención Primaria. Perdonen, que se me seca la boca.

Estoy convencido de que existe un amplio consenso sobre la necesidad de introducir determinadas mejoras para reconducir un poco los modelos de atención. A todos nos preocupan las listas de espera a la prevención, las desigualdades en Salud, el déficit de profesionales, la desmotivación de los profesionales, el uso racional de los recursos, la financiación, todo esto nos preocupa a todos. Por tanto, estoy convencido de que hay un amplio consenso sobre el rumbo que debería tener el sistema. Estoy convencido de que hay un amplio consenso sobre el rumbo. El rumbo es lo más importante, porque todos estamos embarcados en el mismo barco.

Pero también debemos preguntarnos, porque con definir el rumbo solo no basta, tenemos que preguntarnos cuáles son los factores, cuáles son los instrumentos, las herramientas para conseguir de verdad que el sistema desarrolle los objetivos que probablemente tenemos todos de mejora del sistema sanitario.

Por ello, para mí la ley debería actuar en un doble frente. Por una parte, concretar bien los principios rectores del modelo de atención y del sistema sanitario al que aspiramos, pero, por otra parte, concretar las reglas del juego y las herramientas claves necesarias para su consecución. Pasaré de manera casi telegráfica por los primeros temas que tienen que ver con el rumbo, el modelo, etcétera, porque creo que son bastante conocidos y bastante compartidos, aunque eso no quiere decir que se aplique. Ese es el problema.

Estos principios rectores y objetivos estratégicos señalarían la importancia de las políticas colectivas de Salud y de equidad. No hace falta insistir en cada uno de los epígrafes: equidad, universalización, nueva concepción de la salud, no solo de la enfermedad, una concepción más biopsicosocial, dar máxima prioridad a la Salud Pública y comunitaria. Máxima prioridad. El ejemplo que nos han puesto de la pandemia es real. No contamos con verdaderos sistemas de alerta precoz y respuesta rápida. Los profesionales de Salud Pública y comunitaria son insuficientes, absolutamente insuficientes y, además, están enclaustrados. Tenemos que desplegar una red de atención precoz, Salud Pública y de intervención comunitaria.

Obviamente, el presupuesto en este tema... Tenemos que también conseguir, aunque se ha empezado a hacer y es un tema complejo, trabajar en la salud en todas las políticas, elevar la salud al Gobierno. La salud no es un problema solo del Departamento de Salud, la asistencia sanitaria sí, pero la salud no. Como he señalado, la educación, etcétera, etcétera, están detrás del tema.

Otro aspecto esencial es empoderar al ciudadano. Empoderar al ciudadano, significa darle mayores cotas de libre decisión, autonomía y garantías del ejercicio efectivo de los derechos. Demasiados derechos son declarativos, meramente declarativos. Tenemos que establecer aunque no sea propio de la ley, me pasa un poco como antes cuando usted decía que esto debería estar en el reglamento. O se pone en la ley o no va a estar.

Entonces, debemos poner sistemas de garantía para conseguir de verdad que el ejercicio efectivo de los derechos en relación con, por ejemplo, los tiempos de espera, en relación con el derecho a la segunda opinión, en relación con la efectiva aplicación de la libertad de elección de profesional, son declarativos en muchos aspectos.

Podría seguir, pero entiendo que la ley debe contener algunos sistemas de garantía para esto. A modo de ejemplo, por poner un ejemplo, me parece imprescindible que todos los ciudadanos sepan al salir de la consulta cuál es su nivel de prioridad de intervención y el tiempo máximo de espera aplicable a su proceso. Digo a modo de ejemplo. Simplemente podría detallar muchas otras actuaciones y sistemas de garantía que debemos desarrollar.

El tema de las listas de espera es especialmente relevante, es lo que más preocupa a los ciudadanos. No podemos hablar de calidad si no tenemos tiempos de espera socialmente aceptables. Tenemos que tener claro que las políticas de actuación en materia de listas de espera o son integrales o no sirven, que no se resuelve con más y más actividad. Que, de incentivar algo, hay que incentivar el equilibrio entre la oferta y demanda.

Porque aquellos profesionales que realmente se implican en el proceso del todo consiguen contener en buena parte. Obviamente es un tema de recursos, pero no es ese el problema que

hemos tenido principalmente en nuestro sistema. También he de decir que concretar los derechos de los ciudadanos pasa en buena medida también por concretar las obligaciones de los profesionales. No voy a entrar en más detalles sobre el tema.

Los sistemas de mediación me parecen muy relevantes para la defensa. Hablaré en otro campo, por repasar rápidamente la corresponsabilidad y el uso racional. El primer tema es la corresponsabilidad en el cuidado de nuestra propia salud. Tenemos que capacitar más a los ciudadanos para que estén en condiciones. No es una cuestión de culpabilizarles, es una cuestión de capacitarles para que estén en mejores condiciones de cuidar su salud y no aspirar a un modelo cada día más medicalizado.

Pero también tenemos que conseguir la corresponsabilidad de ciudadanos y profesionales en el uso racional de los recursos sanitarios. Actuaciones continuas de evaluación, programas de prevención y control del uso inapropiado, contención del gasto farmacéutico, medicina basada en la evidencia, herramientas de ayuda a los profesionales para que las decisiones que tomen estén basadas en la evidencia, protocolos y guías de recomendación de qué hacer y qué no hacer, que existen y no se divulgan suficientemente; y la evaluación continua.

Atención integral y sociosanitaria. Ya se ha dicho, en una sociedad que envejece como la nuestra, la orientación sociosanitaria es más necesaria que nunca y debiera constituir a mi entender una de las señas de identidad de la nueva ley. Necesitamos nuevos modelos de atención integral, de organización sanitaria y sociosanitaria centrados en la persona. Los problemas de salud, los problemas sociales están directamente imbricados en muchos casos, y en el nivel primario de una manera total. Cuanto más especializado, menos, pero en el nivel primario la integración casi debería de ser plena.

Pero es que debemos trabajar en esta sociedad. El objetivo prioritario hoy en día es aumentar los años de vida libres de discapacidad. Tenemos una esperanza de vida extraordinaria, pero nos queda mucho por mejorar en la esperanza de vida libre de discapacidad. Hay muchos años en los que la población vive, pero no vive de una manera adecuada. Eso implica mejorar los programas de rehabilitación, de atención domiciliaria, de atención sociosanitaria, de prevenir la fragilidad.

Todo esto son actuaciones sociosanitarias y que se tienen que desarrollar en el ámbito principalmente primario y muchas veces en el domicilio del paciente. El objetivo último es prevenir la hospitalización y la institucionalización, que son clarísimas. No tenemos dinero para hacer algo que nos hace ahorrar mucho dinero. Si no hacemos nada, tendremos una explosión de gastos en el ámbito hospitalario cada día más y en el ámbito residencial.

Qué decir que no se haya dicho ya de la atención o del empoderamiento de la Atención Primaria. Empoderar la Atención Primaria no solo significa ponerle más presupuesto, que también, sino también asignarle más poder de decisión, más influencia real en el sistema.

El médico de familia debiera ser el agente principal del paciente en el sistema sanitario, el que le guía, el que le defiende y protege su desarrollo, no el que deriva a un paciente. Porque algunos, me decía un compañero: «Derivar al paciente es dejarlo a la deriva en el sistema hospitalario tan complejo, abigarrado y lleno de circuitos». Eso implica que la Atención

Primaria tiene que tener capacidad de decisión sobre las prioridades del paciente, señalar los tiempos. Es esencial que tenga capacidad de decisión, no solo de esto.

Además, necesitamos ampliar mucho las atribuciones de todos los estamentos de la Atención Primaria, qué decir del papel que puede jugar la enfermería. Hemos pasado de Damas de la Cruz Roja formadas en tres en tres meses a tituladas que son grados universitarios igual que los abogados, por ejemplo, pero que no tienen competencias ejecutivas, son meramente auxiliares. No es de recibo, no es de recibo.

Qué decir del trabajo social-sanitario tan importante, o hablar de una figura que creo que hoy en día es imprescindible, el auxiliar de Administración Sanitaria. Necesitamos ese perfil como comer. Porque, además, existe en Formación Profesional. Tenemos que reconvertir, reorientar los administrativos en personal de Administración Sanitaria, garantía de la atención pediátrica, desarrollo de la fisioterapia, el apoyo psicológico, nuevos modelos de atención domiciliaria, garantía de atención en el día.

En mis tiempos, cuando yo era director provincial del Insalud era obligatoria para todos los casos y hoy no lo creo necesario. Pero sí creo necesario que hay un porcentaje de los pacientes que requieren atención en el día y hay que garantizarla. Por otra parte, necesitamos una red pública integrada de urgencias y transporte sanitario, por decir algunos de los temas que me parecen relevantes en el ámbito de la Atención Primaria.

La organización hospitalaria centrada en la persona. El hospital está centrado en la tecnología, no está centrado en la persona, los horarios de atención al paciente tampoco. Necesitamos no solo alternativas a la hospitalización, que afortunadamente se están desarrollando y mucho y que son esenciales. Hay algunos países que están aspirando al cero camas de hospital.

Lo digo porque tengamos en cuenta que hoy en día, afortunadamente, las tecnologías permiten resolver muchos pasos sin necesidad de hospitalización, que estar hospitalizado es aumentar el riesgo, lo digo para que todos lo sepamos. Tenemos que conseguir, de verdad, un hospital abierto al área. A ese respecto, yo creo que la creación de distritos sanitarios es una verdadera oportunidad que, además, pueden ser sanitarios y sociosanitarios, donde se pueden descentralizar determinados servicios de apoyos efectivos a la Atención Primaria. Además, garantizarlos, porque no es lo mismo tener cincuenta y cuatro centros de salud, que garantizar buenos servicios a nivel de distrito.

Tenemos que desarrollar, hay muchas técnicas de consulta, interconsulta no presencial. Así como la atención no presencial al paciente tiene que estar muy acotada a procesos que requieran la presencia física, la interconsulta entre especialista y médico debe desarrollarse todo lo posible, porque existen muchas fórmulas para hacerlo de una manera correcta. Se debe coordinar, la Atención Primaria tiene que estar mucho más implicada en los cuidados paliativos y en la atención domiciliaria y hospitalización a domicilio. La organización interna orientada al paciente, este es un tema que me preocupa especialmente.

En su momento se hicieron planes de mejora de la Atención Primaria, planes de mejora, pero no se ha hecho realmente nunca un verdadero plan de mejora de la Atención Hospitalaria. El trabajo multidisciplinar hoy en día es imprescindible. El trabajo por especialidades

independientes hace un momento los grandes hospitales del mundo ya han hecho el cambio. Necesitamos desarrollar mucho más los circuitos, las áreas clínicas, unidades multidisciplinares para la prestación de una atención para cada perfil de paciente. Un paciente oncológico no puede ser que tenga que ir un día al oncólogo, otro día al cirujano que le operó, otro día distinto... ¿Me explico? Creo que no necesitan demasiados detalles. Hace referencia al Decreto de Salud Sexual y reproductiva, simplemente porque todavía no se cumple todo.

Por otra parte, tenemos que conseguir una organización orientada a los resultados en cualquier empresa. Es obvio que la organización sanitaria, además de otras cosas, es una empresa de servicios y en una empresa de servicios la clave está en conseguir un modelo de atención de calidad integral, que quiere decir: calidad técnica, calidad percibida por el usuario y eficiencia social en nuestro caso. Entonces, tenemos que desarrollar mucho más la evaluación de resultados.

Afortunadamente, hoy, esto siempre lo digo, desde que empecé a trabajar en el ámbito sanitario en la gestión a hoy, antes solo podíamos medir actividad nada más que actividad. Pero hoy podemos evaluar resultados en Salud. No cuántas consultas hemos hecho, sino cuántos diabéticos hemos controlado. No saber cuántas intervenciones hemos hecho, sino cuántas personas se han recuperado adecuadamente de la intervención. Evaluar resultados en Salud es objetivo esencial también en este modelo.

Abogo por la creación de una agencia de evaluación externa de la calidad. Si queremos conseguir que los profesionales se sientan bien evaluados, necesitamos que los sistemas de evaluación sean incuestionables. Por tanto, abogo por ello, por cuadros de mando, no solo de control, que hasta ahora todos los sistemas de información han ido a controlar actividad.

Tenemos que desarrollar cuadros de mando de ayuda al clínico, que le ayuden a saber cuántos diabéticos tiene bien controlados, cuántos no, etcétera, etcétera. Tenemos que desarrollar mucho más los sistemas de evaluación de la seguridad de la atención, de los efectos secundarios, de los efectos adversos, etcétera, que los que sabemos de salud sabemos que son verdaderamente preocupantes.

Todo esto estoy seguro que me lo comprarían casi todos. Pero, claro, no basta con tener buenos deseos, tenemos que hacer cosas y tenemos que contar con instrumentos. A ese respecto, aunque me pase un poquito, no me voy a pasar mucho. Me parece que hay una serie de pilares claves, la financiación, la política de personal, los modelos de gestión, la provisión de servicios, el modelo de provisión, el uso de las tecnologías, son como piezas clave para conseguir, si no hacemos eso, lo demás será declarativo.

Si queremos una ley útil, tenemos que conseguir que se concrete sobre estos aspectos o instrumentos estratégicos. Empezaría por la financiación. Yo le llamo la orientación estratégica de la financiación. Los presupuestos actuales son los presupuestos del año pasado con un 2 por ciento más para aquí, un 5 por ciento más para allá. Como no da para más, lo que queda para la Atención Primaria o para la Salud Pública. La farmacia no hay dios que la controle, porque... Creo que me explico.

Entonces, es imprescindible que la ley establezca una orientación estratégica de la financiación, que sea coherente con los objetivos estratégicos que se persiguen. Si queremos reforzar la Primaria, si queremos reforzar la Salud Pública, si queremos reforzar, por ejemplo, la investigación, tenemos que dotarla adecuadamente.

Fórmulas puede haber muchas, pero, por ejemplo, estableciendo que el nivel de prestaciones que se tenga, por ejemplo, que la financiación no podrá ser inferior al promedio de las regiones europeas con el mismo nivel de renta que nosotros. Son criterios que nos pueden ayudar. Eso es aplicable a la Atención Primaria, es aplicable a todo. Pero, en todo caso, en el caso concreto de la Atención Primaria y de la Salud Pública, la ley debe recoger compromisos concretos, mandatos para que de verdad se consiga esto.

Tenemos que también vincular un poco la financiación de los centros con los resultados. Es decir, que el presupuesto del hospital es el 90 por ciento, pero el otro 10 por ciento depende un poco de si lo hacen mejor, porque tiene que incentivar el funcionamiento.

Entonces, lo digo simplificando, debe haber un plan estratégico de financiación, con un plan plurianual, etcétera, etcétera. Me voy a saltar, porque esto se puede dedicar mucho rato cada cosa, perdón.

Política de personal. Siempre se dice que los profesionales son el mayor valor que tiene la sanidad, y es totalmente cierto. Eso es así porque los sistemas sanitarios son organizaciones basadas en personas altamente cualificadas, que no solo gestionan conocimiento muy especializado, por cierto, sino que además tienen plena libertad de prescripción.

Determinan, por tanto, tanto la calidad como el coste de los servicios. Es como si tuviéramos quinientos jefes de compras, simplificando. Cada mes se producen un millón de recetas, lo digo por poner un ejemplo. Además, está bien que tengan libertad de prescripción. Pero también tienen que tener la responsabilidad adecuada y los mecanismos para ayudarles a gestionar ese proceso.

En este tipo de organización, la participación de los profesionales en la gestión del sistema es esencial, la implicación diría: participación e implicación. Los profesionales se quejan de que tienen muchas competencias en una materia, por ejemplo en libre prescripción, pero tienen muy poca en su capacidad organizativa y tienen razón.

Está plenamente demostrado también que los modelos de relaciones laborales que tenemos en este momento de carácter fundamentalmente administrativo, uniformizadores y diseñados para una estructura de corte funcional que trabaja por lo general de ocho a tres, no son válidos para gestionar la sanidad pública. Lo digo con total convicción.

Necesitamos un nuevo modelo de relaciones laborales y una verdadera política de personal con mayúsculas, proactiva y motivadora que embarque a los profesionales y objetivos estratégicos. Este es, sin duda, el factor crítico. Considero imprescindible que quien tiene la responsabilidad tenga la atribución. Por tanto, considero y lo he padecido, que no se puede gestionar, por poner un ejemplo, una huelga no teniendo competencia alguna sobre materia de personal. Por poner un ejemplo, y entiendo que, por tanto, el Consejo de Gobierno del



Servicio Navarro de Salud tiene que recuperar competencias. El Servicio Navarro de Salud se creó como un organismo autónomo y de autónomo tiene muy poco.

Resulta imprescindible también incrementar las competencias de negociación colectiva. Entiendo que este es un tema muy polémico. Pero la capacidad de negociación en mesa general no resuelve los problemas de la sanidad. Se necesita que la Mesa Sectorial de Salud tenga competencias. Se puede definir cuáles sí y cuáles no, pero necesita tener competencias de negociación colectiva. Lo creo firmemente, entiendo que es polémico, entiendo que no es fácil y que hay que negociarlo, estudiarlo con mucho detalle, pero es imprescindible.

Luego, entiendo que el modelo de negociación entre profesionales sanitarios y la Administración no puede ser un modelo de negociación a la defensiva, permanentemente a la defensiva para tratar de paliar el conflicto. Debemos de hacer una política proactiva de ofrecer mejoras de mejoras para los ciudadanos. Estoy totalmente convencido de que los ciudadanos están dispuestos a pagar más por conseguir tener menos listas de espera. Lo que no creo que estén dispuestos es a pagar más es para hacer más de lo mismo.

Tenemos que mejorar la calidad del empleo, como se ha señalado por la estabilidad, etcétera, etcétera. Tenemos que incorporar mejoras retributivas competitivas con otras comunidades para atraer y retener especialistas. Estamos en un contexto de déficit de profesionales en particular en Atención Primaria y en el ámbito y reconocer la permanencia continuada en destinos y tos de difícil cobertura, etcétera.

Debemos modernizar la gestión del Servicio Navarro de Salud. He señalado que el Servicio Navarro precisa más competencias para gestionar la Sanidad. Entiendo, aunque se puede discutir, que si es mejor que la naturaleza jurídica del Servicio Navarro sea una u otra, creo que no hay tantas diferencias. Porque en la actualidad, afortunadamente también en parte, incluso en las empresas públicas que están sujetas al derecho privado, al final se tienen que sujetar también a los principios de equidad, transparencia, etcétera, etcétera. Incluso de, cómo se llama, no me sale.

Entonces, al final no hay tanta diferencia. Por eso abogo, por lo menos, por conseguir que sea con el régimen jurídico actual, goce de las máximas capacidades de autonomía de gestión de las que se pueda dotar el derecho público. Por lo menos, creo que es el mínimo exigible.

Hay que tener en cuenta que la sanidad tiene una gestión de compras impresionante más compleja que la de ninguna otra organización, impresionante más compleja. Que necesita una inmediatez en la gestión y en la agilidad en las decisiones que no son aplicables en otros tiempos. Los tiempos actuales de los procesos administrativos no son de recibo. Son incompatibles con una gestión pública eficaz y eficiente. Reitero que considero imprescindible que quien tiene la responsabilidad tenga la atribución y la competencia.

Cuando a alguien le nombran gerente de un hospital o gerente del Servicio Navarro, la cantidad de responsabilidades que se le asignan es infinita, pero las atribuciones que tienen, el poder de facto que se tiene es muchísimo más limitado que pueden creer. De hecho, la mejor virtud que tiene un gerente de Hospital es la diplomacia.

A la vista de eso, considero que se debe adecuar el régimen contractual presupuestario, de contabilidad pública, incluir también el control financiero, establecer, sujetarse a las normas de contabilidad presupuestaria, pero también a la contabilidad financiera, que es muy importante y al análisis de costes. La contabilidad analítica es un elemento relevante. La contabilidad presupuestaria es burda, es poco detallada.

Establecer con carácter general que la intervención económica del servicio navarro se realice mediante la modalidad de control financiero permanente. Existe esa posibilidad legal. De hecho, en su momento la tuvo en algunas ocasiones. El servicio debe contar con autonomía en la política de compras, como se ha comentado.

Nuevos modelos de gestión asistencial, ya lo que queda lo voy a hacer más rápido. Nuevos modelos de gestión asistencial. Tenemos que mejorar la gestión de los centros sanitarios, crear órganos de gestión participativos con capacidad ejecutiva. No solo órganos de participación, órganos de gestión participada, porque tenemos que implicar a los profesionales. Si no lo conseguimos, no hacemos nada.

Tenemos que tener contratos programa, financiación con enfoque poblacional. Tenemos que abogar por un modelo colaborativo. No se trata del modelo competitivo de unos centros contra otros, ni de unos servicios contra otros. Es necesario compaginar que los niveles asistenciales tengan que unirse, que compartan objetivos y si hay incentivos compartan incentivos para que no sea una pugna como ocurre. No se trata aquí de la competitividad. Como digo, factores correctores progresivamente vinculados al logro de los objetivos.

En el ámbito más pequeño, ya no en la macrogestión del hospital, sino en el ámbito más pequeño, tenemos que abogar por nuevos modelos de gestión de equipos asistenciales con una filosofía semejante que no me voy a extender en desarrollar.

La provisión de los servicios. Con respecto a la población, la provisión de los servicios, ya se ha comentado y entiendo que con carácter general, el Servicio Navarro tiene que asumir la gestión directa de los servicios sanitarios y establecer los requisitos para la concertación de una manera adecuada cuando sea necesario. Cabe, por ejemplo, establecer, como se ha dicho, que para determinados ciertos sea necesario para externalizar. Desde luego, para externalizar yo lo pondría sin lugar a dudas. Les puedo decir que externalizar los servicios hasta ahora se ha hecho por una mera actuación administrativa del gerente del servicio. Cuando se ha pretendido internalizar, ni una ley nos ha ayudado. Ni una ley nos ha ayudado. ¿Me explico? No cabe que esto sea así.

Entonces, es importante que la provisión de los servicios sea... Cabe también, por ejemplo, establecer que superado un determinado porcentaje de gestión concertada, tenga que ir al Parlamento, etcétera, etcétera. Caben fórmulas y se pueden pactar fórmulas que no sean ni excesivamente restrictivas, ni tal. Aquí, en esto, va a haber diferencias de opinión, es evidente, pero caben fórmulas. Caben fórmulas para crear convenios singulares de vinculación con entidades sin ánimo de lucro, etcétera, etcétera.

El uso eficiente de las tecnologías, permítanme que lea aquí algo. El uso de los fármacos, camas y tecnologías constituye el factor clave para garantizar la sostenibilidad del sistema

junto con el empoderamiento de la Atención Primaria. Representa, sin duda, el principal desafío. Se estima que en la actualidad las nuevas tecnologías, los nuevos fármacos y los nuevos materiales representan ya el 50 por ciento del incremento del gasto. La evolución tecnológica es constante y su evaluación es totalmente insuficiente. La velocidad de desarrollo es tan grande y, además, es tan compleja y es muy lenta la evaluación.

Luego, además, hay que insistir y este es un tema delicado, pero hay que decir que el retorno de la inversión para las empresas que desarrollan tecnologías sanitarias es enorme. Si consiguen universalizar una prestación, los beneficios son tremendos. Por tanto, ejercen una presión directa e indirecta sobre el sistema.

Antes creíamos que solo era sobre los profesionales, luego vimos que también era sobre los comités de expertos y, últimamente, nos llega a través de las asociaciones de pacientes. Es decir, existen presiones, algunas son justificables, justificadas totalmente, como pudo ser el caso de la hepatitis, que lo creo sinceramente, porque era un medicamento que curaba. Ese es el problema, que no todas las prestaciones nuevas realmente aportan un valor añadido significativo y socialmente son eficientes, y diferenciar el grano de la paja es muy complejo.

Entonces, tenemos que incorporar tecnologías que de verdad aporten valor añadido, priorizar las tecnologías que mejoren la esperanza de vida libre de discapacidad, que es nuestro objetivo prioritario, reforzar los programas de uso racional, garantizar en particular la eficiencia de las nuevas prestaciones que se incorporen y, sobre todo, más que en particular, las de la cartera complementaria que sean específicas de Navarra. Porque entendemos que las generales tendrán un análisis, hay muchos ojos para ver, pero las que están en el ámbito local tienden más a ser susceptibles de demagogia.

Tenemos que formalizar convenios de colaboración con comunidades limítrofes para el desarrollo de una agencia de control y evaluación de las tecnologías. Entiendo que Navarra no tienen la dimensión suficiente como para tener una agencia de tecnologías propia y de calidad, porque es muy complejo el proceso. Sin embargo, sí debemos dotarnos de una unidad de innovación dentro del hospital universitario que sea capaz de evaluar los nuevos materiales, nuevas técnicas en los procedimientos que son más sencillos y, por ejemplo, la gestión de compras, que se ha dicho muchas veces.

Deberíamos hacer una acción concertada con el resto de comunidades autónomas para conseguir que se modere el margen de beneficio de los nuevos productos y servicios que se incorporan al sistema.

Desarrollar una estrategia propia de medicina personalizada, etcétera. Así como creo que hay que tener cuidado con el desarrollo de las tecnologías sanitarias, no digo que no haya que aplicar, obviamente hay que incorporarlas, pero hay que trabajar mucho en esto. Sin embargo, creo que hay que apostar de una manera decidida por el amplio desarrollo de las tecnologías de información. La nueva ley debería dedicar un capítulo muy importante a este tema.

Ya se ha señalado la historia clínica única, que es muy importante, todavía no está del todo conseguida, y móvil, que cuando un médico vaya a la Atención Primaria o esté en la UVI, tenga acceso. Que la historia clínica de acceso directo a sistemas de ayuda de evidencia científica

para los profesionales a la hora de decidir pero prescribir o qué protocolo aplicar. Debemos desarrollar la normativa de confidencialidad y normas de acceso a datos, sobre todo resolver el conflicto que a veces surge con la investigación, que a veces somos más restrictivos para dar acceso a datos para la investigación y luego te llama por teléfono a alguien a casa que sabe de ti todo, no sé si me explico.

Entonces la carpeta personal, la regulación de la atención no presencial, ya lo hemos comentado. La automatización de sistemas de evaluación de resultados. Los sistemas de evaluación no pueden ser a lápiz, a bolígrafo y contando palotes. Palotes, estamos hablando de un tema tecnológico en el que hay que apostar de manera fuerte.

El desarrollo profesional en la gestión del conocimiento, no me voy a extender, pero creo que es evidente lo que opino, el tema de la financiación de la investigación. Tenemos que tener especial relevancia y hay que estudiar este tema muy bien, cuál es el desarrollo de la carrera mixta asistencial, docente e investigadora en el contexto de desarrollo de la nueva Facultad de Medicina de la Universidad Pública de Navarra.

No tenemos bien resuelto el problema de la gestión de personal que trabaja, que hace esta doble función. También tenemos que desarrollar la figura del investigador clínico. Dentro de los hospitales, tenemos que incorporar figuras más importantes de investigación.

Por último, el Buen Gobierno, creo que está casi todo dicho, códigos de transparencia. Debe haber una unidad orgánica de información pública que se dedique a informar, a hacer público, a poner en...

La transparencia no es algo... No se consigue evitar la corrupción, ni evitar el desorden con muchos controles. Se consigue creando un procedimiento ético, un modelo de funcionamiento ético, generando, desarrollando sistemas de transparencia al máximo y de rendición de cuentas, que es lo verdaderamente importante, que estamos en mantillas. Todo el tema de la ética, bioética, conflictos de interés, etcétera, etcétera, y órganos de gestión y participación.

Para acabar, permítanme que finalice con unas breves reflexiones personales. La nueva ley no debe ser meramente declarativa. Debería suponer un punto de inflexión que aporte de verdad seguridad y confianza a los ciudadanos y renueve la motivación de los profesionales.

No debemos olvidar que es necesario que la nueva ley tenga permanencia y estabilidad en el tiempo. Porque, por esencia, las estrategias de reforma siempre son objetivos a medio y largo plazo. Por tanto, necesitan al menos una década para implementarse. Eso no es posible hacerlo si no se consigue un cierto nivel de consenso básico que dote de estabilidad y que dote también a la norma del grado de flexibilidad mínima necesaria para que quien asuma el Gobierno esté en condiciones también de ejercer su propio programa de gobierno. Pero también, quien esté en la oposición, cuente con los medios de control de evaluación para poder ejercer su función.

Pero todos ciudadanos, como ciudadanos que somos y futuros pacientes, algunos ya no tan futuros necesitamos un sistema que tenga herramientas para ser eficaz. A la hora de redactar la nueva ley abogo por poner todo el acento en los servicios al ciudadano, pero también centrar el máximo de esfuerzos en lograr un consenso profesional suficiente para recuperar la

ilusión de los profesionales. Este es el elemento esencial para relanzar el sistema sanitario público. Los valores éticos, las visiones políticas y los nuevos modelos de atención son determinantes para evitar que crezcan las desigualdades. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Gabilondo. La verdad es que ha sido un placer escucharlos a los dos. Vamos a ir con los turnos de intervenciones, como máximo siete minutos por cada uno de los portavoces, pero yo creo que vamos a hacerlo si puede ser más brevemente. Empezaremos por el grupo Navarra Suma, señor Ansa, como máximo un tiempo de siete minutos. Exijo, por favor, que nos acotemos al tiempo, porque ya se nos está yendo un poco el tiempo. Así que gracias

SR. ANSA ECHEGARAY: Gracias, señora Presidenta. Por parte de mi grupo voy a ser brevísimo, simplemente para agradecer a los dos ponentes toda la información que nos han trasladado. Yo he tomado notas de lo que han comentado y por parte de mi grupo no tengo ninguna pregunta para plantearles, así que reitero mi agradecimiento.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Ansa. Como portavoz también del Partido Socialista de esta Comisión intervengo también de forma muy breve, agradeciendo la asistencia de los dos expertos y el trabajo ya realizado. Yo creo que en la legislatura pasada se avanzó mucho en este sentido. Nos han dejado un buen esbozo.

Yo lanzaría, aunque es una tontería lanzarles esta pregunta, la quiero volver a lanzar. Porque yo he tenido que escuchar que para qué una ley nueva si con la que tenemos, si ha durado treinta años, para qué la vamos a cambiar. Entonces, es una pregunta de Perogrullo, pero yo creo que si pudieran definir en una frase por qué es necesaria esta nueva ley, les hago esta pregunta.

También les hago la siguiente, a ver qué les parece esto, que yo creo que el señor Juan Luis también nos la puede contestar. Una nueva Ley Foral de Salud o varias que se desglosan en distintos elementos en Osasunbidea. También quiero decir que, efectivamente, esta nueva Ley Foral de Salud precisará, como ya se ha dicho aquí, de forma reiterada, el máximo consenso posible y que debe ser una herramienta que por lo menos perdure otros treinta años, como ha perdurado esta.

Creemos que, además, si la pandemia ha dejado al descubierto una serie de carencias que ya tenía nuestro sistema, ahora en la post pandemia, creo que somos responsables, desde luego los políticos somos responsables de crear una nueva ley, una herramienta que se adapte a las necesidades de esta sociedad navarra del siglo XXI y, además, que permita más autonomía de gestión de los profesionales.

Aquí sobre todo me voy a centrar en la Atención Primaria, que los dos han hecho mucho hincapié. Yo me voy a remitir a un artículo que seguramente lo habrán leído esta mañana, un artículo del país en el que ponía dos modelos de dos centros de salud. Uno, el médico de Atención Primaria tenía una ecografía en su consulta, llegaba un señor con un dolor abdominal, hacia la ecografía, visualizaba el médico de Atención Primaria lo que suponía un tumor y directamente ya se les solicitaba el escáner y en cuestión de un mes el paciente ya había sido diagnosticado de una neoplasia e iba al especialista de cirujano. El otro modelo, en

el mismo Madrid, porque eran dos centros de salud de Madrid, el médico de Atención Primaria no dispone de un ecógrafo, tiene que remitir al especialista de digestivo, el especialista de digestivo hacerle todo el proceso y el retardo hasta llegar el diagnóstico de la misma neoplasia eran cuatro cinco meses. Ahí lo dejo, estaba en El País esta mañana.

Por otro lado, otro pequeño comentario también en cuanto a esa agencia evaluadora de nuevas tecnologías, cómo ahora mismo la presión ya no está ni en los profesionales ni en el sistema, sino que está ya en las asociaciones de pacientes. También voy a remitir un ejemplo que ha habido recientemente, cómo las terapias CAR-T, se publica un ensayo con cinco pacientes con lupus. Ya sabemos todos para qué se utiliza el CAR-T, se hace en cuatro o cinco centros en España, que son CSUR. Se utiliza para terapia de Linfoma de Oncohematología, pero ya están las asociaciones de pacientes llamándonos a las consultas, preguntando que dónde se puede dar el CAR-T. Ahí también lanzo esto.

Por último, otra pregunta para el señor Beltrán, usted ha hecho referencia al Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril, el decretazo de Rajoy. ¿Habría una forma de limitar que otro Gobierno de España hiciera un decretazo como este? ¿Habría alguna forma de limitar en nuestra ley foral que un Gobierno de España hiciera un decretazo y expulsara a los inmigrantes de la sanidad pública? Hago esa pregunta también, la lanzo, si podríamos blindar la nueva ley foral en ese aspecto. No sé si Navarra tiene tanto poder, ya me va a decir que no, pero si tenemos alguna herramienta para blindar de un decretazo como ese en un futuro en nuestra ley. Ahí lo dejo, no consumo más tiempo. Terminamos con las intervenciones, la señora Ansa de Geroa Bai.

SRA. ANSA ASCUNCE: Eguerdi on. Muchísimas gracias a los dos. Realmente ha sido un lujo y un placer escucharlos. Evidentemente, para nosotros desde Geroa Bai sí pensamos que necesitamos con urgencia una nueva ley. Ya lo pensábamos la legislatura pasada. Ya intentamos avanzar todo lo más posible en ella y en esta legislatura no ha sido posible. Pero pensamos que la necesitamos y la necesitamos con urgencia.

Escucharlos y compartir prácticamente todo lo que han dicho es así, todo lo que han dicho, y más para alguien para una profesional de Atención Primaria que viene de la Atención Primaria y viene también de la promoción de Salud. Realmente es hermoso escucharlos de que la legislación tiene que dar cobertura a esto.

Señor Gabilondo, evidentemente tiene que ser un punto de inflexión en esta ley, yo también lo creo. Tiene que ser un punto de inflexión donde empiece a marcarse, empiece a marcarse ese cambio de eje. ¿Cuánto eje podemos ser capaces de cambiar con esta ley después de cómo hemos llegado a este momento? ¿Qué problema tenemos?

Han ido diciendo una detrás de otro todos los problemas que tenemos. Atención Primaria, necesitamos cambiar la ley, pero necesitamos más cosas. Necesitamos refundar la Atención Primaria. Hemos perdido una gran parte de la esencia de la Atención Primaria. Si no llegamos a complicidades con la ciudadanía, aunque tengamos una ley magnífica, no seremos capaces de revertir. Ahí se nos va muchísimo. Fundamental todo lo que han dicho de las nuevas tecnologías y cómo nos están invadiendo. Cómo se nos está comiendo gran parte de lo que tendríamos que dedicar a Salud y lo estamos dedicando a tecnología, que no es Salud.

Algunas tecnologías nos son muy útiles, evidentemente, evaluemos y vayamos haciendo opción por aquellas que nos sean rentables sanitaria y socialmente. Es tremendo, lo del 50 por ciento me ha llegado al alma, no lo sabía, me ha llegado al alma. Fundamental, todo el arco sociosanitario. Ahí también la legislación nos va a ayudar. Ahí sí podemos legislar y sí podemos conseguir que asuntos sociales y asuntos sanitarios caminen juntos y tengan un paraguas juntos. Eso es fundamental.

Todo lo que han dicho de la gestión de recursos humanos y Osasunbidea, le hemos dado unas cuantas vueltas en lo que va de legislatura. Evidentemente, necesitamos otro modelo de gestión, porque no nos sirve para la sanidad y mucho menos para la Salud el tema de la Administración Pública tal como está.

Dos cosas se me han quedado que no han salido y me parecen importantes, una el tema de la protección del medio ambiente, el cambio climático y la salud, que algo tendremos que decir. No sé qué, porque realmente no sé qué, pero algo y esto se lo lanzo la mesa. Algo tendremos que decir.

La otra cosa que tampoco le hemos nombrado y a mí me parece dramática es el tema de la Salud Mental. La Salud Mental estaba en Atención Primaria y poco a poco fue migrando atención especializada. Sinceramente, tal como estamos viviendo todos los problemas que nos está dejando la pandemia tiene que volver a Atención Primaria porque tenemos que resolver mediante intervenciones comunitarias y de promoción de Salud una parte sustancial de las cosas que están llegando a la especializada y que no son de especializada, de verdad. Entonces, eso también lo vuelvo a lanzar a la mesa, a ver cómo podemos organizar este tema de la Salud Mental y cómo podemos hacer.

El tema de la epidemiología ya ha salido y algún freno tendremos que poner también al gasto farmacéutico. No sé cómo, pero una parte sustancial de la farmacia debería ser regulada, porque no solamente no nos ayuda para conseguir mejores resultados de salud, es una parte importante de los problemas secundarios que tenemos en la sanidad. Es decir, las medicinas son muy útiles, pero también pueden ser un elemento muy perjudicial. En este momento, no tenemos control sobre el gasto farmacéutico y mucho menos sobre lo que nos está pasando con este tema.

Salud Pública. La epidemia nos ha dejado todas las vergüenzas al aire literalmente con respecto a Salud Pública. Es cierto que al menos desde la legislatura pasada ya habíamos empezado a cambiar el eje de la Salud Pública y luego nos ha llegado la epidemia y se nos ha llevado por delante. Pero el tema de Salud Pública es otro de los elementos que tenemos que reflejar. La importancia que tienen que tener en Salud Pública tiene que quedar reflejada por ley y tienen que quedar funciones, limitaciones, claramente. En eso estamos absolutamente de acuerdo.

Por último, esto que comentaba el señor Gabilondo al final de la investigación y la docencia, tenemos Facultad de Medicina, ahora tenemos un grupo importante de investigaciones entre unas universidades y otras. Evidentemente, a esto tenemos que darle una pensada y tenemos que regular. Ya se ha ido saliendo todo el tiempo, tenemos que definir y concretar mucho mejor cómo debe ser la colaboración público-privada, modalidades y límites. Lo tenemos que

reflejar por ley, también si nos ayudan en algún momento a cómo precisar estas cosas... Porque, como han visto, estamos todo el rato pidiendo ayuda a cómo vamos a llevar esto a la ley, que es de lo que se trata. No tanto de ponernos de acuerdo en lo que queremos que conste, que creo que ha salido todo, como cómo podemos hacerlo para que realmente sea útil y eficaz y tengan vocación de durabilidad. Por lo menos que tengamos una ley quince o veinte años, porque eso sería una ley eficaz realmente. Muchas gracias a los dos y seguiremos en contacto.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchas gracias, señora Ansa. Damos el turno de palabra al portavoz de EH Bildu, señor González.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Eguerdi on guztioi. Buenos días a todos y a todos. Lo primero que desde luego quiero son agradecer las dos aportaciones, las dos ponencias que nos han transmitido, me parecen realmente interesantes. Comparto prácticamente la totalidad de las conclusiones a las que llegan. Creemos que, además, una de las cosas que resultan llamativas es que, repasando la ley general de Sanidad y los principios rectores que emanaron de ella, es que prácticamente estamos hablando de lo mismo, exactamente lo mismo, pero treinta y seis años después.

Eso qué quiere decir, que aquella ley que yo creo que fue muy buena y que sentó las bases de una sanidad pública de futuro, con el paso del tiempo ha ido deteriorándose, la han ido, digamos, mutilado y dejándola en otra cosa que no es lo que era. Creo que es interesante volver a intentar recuperar desde nuestro ámbito, que es el de la Comunidad Foral de Navarra, esa herramienta. Una herramienta que sigo pensando que nos puede ayudar a crear un sistema sanitario público realmente eficiente, eficaz y de futuro. Creo que ahí hay muchísimo que recuperar de todas esas normas.

En cuanto a derechos, yo tengo aquí algunos de los apuntes a la promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, a la igualdad efectiva ante el sistema, la superación de los equilibrios territoriales, el principio de igualdad entre géneros, un sistema integral... Desde luego, el apoyo a la creación de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas que también venía recogido, la participación comunitaria, la participación real, es decir, no la mera invitación a un órgano que no tiene capacidad para nada.

La orientación que se hacía de las políticas sanitarias a promover el interés social. Una salud colectiva que también parece que se nos olvida, porque la Salud Mental al final es una salud colectiva. Si no somos capaces de garantizar ese bien colectivo, probablemente el bien también individual va a verse afectado.

La celeridad, la economía y la flexibilidad que necesita el sistema sanitario también se han perdido. Es verdad que con todas esas leyes y normas que se han aprobado vía reales decretos a nivel estatal, primero se nos limitó la capacidad de inversión en salud. Se nos retiró la capacidad también en Función Pública con la tasa de reposición y la imposibilidad de contratar a las personas que se necesitaba. Se nos han ido poniendo una serie de barreras y te impedimentos para que Navarra, con las competencias que tiene, pueda afrontar sus obligaciones con una eficiencia y con unas herramientas útiles. Creo que ahí debemos de ser también claros. Es decir, Navarra necesita recuperar esas competencias.



Luego, el modelo de gestión de recursos humanos. Creo que hay distintos modelos y que pueden ser muy eficientes los dos. Creo que la Ley Foral, la 11/92, que regula un poco las retribuciones, tiene aspectos interesantes, pero también tiene aspectos que a lo largo de los años se han, digamos, utilizado de una forma para la que no estaban diseñadas. Por ejemplo, el complemento de productividad que se está utilizando un poco como para pagar horas extraordinarias al personal de Medicina como para cubrir la falta de recursos que tenemos. Creo que no estaba diseñado para eso. Creo que todas esas cosas las tenemos que regular.

Creo que las cosas profesionales tanto de Medicina como de Enfermería tampoco han tenido un desarrollo efectivo con los objetivos que se buscaban, una norma que beneficiase al profesional en su desarrollo de su especialidad, pero que también sirviese a la organización para mejorar en su eficacia y en sus, digamos, objetivos. Creo que ahí se nos ha quedado también un poco cojo y pensamos que lo que tiene de bueno afrontar un proyecto de ley foral, de una nueva Ley Foral de Salud o de Ordenación Sanitaria en Navarra es que nos permitiría sentar las bases de un ecosistema normativo que nos permitiera adaptar o modificar el resto de normas para que crear ese ecosistema realmente sea integral y potencie el uno al otro y favorezca para prestigiar desde luego la Salud Pública y a todos los profesionales que trabajan en ella, algo que ahora también se echa en falta.

Yo creo que una de las cosas que estamos viviendo estos últimos tiempos es el desprestigio, a veces que el personal sanitario está sufriendo por los problemas de accesibilidad que tiene a veces la población para llegar a los servicios sanitarios. Creemos que con estas herramientas se podrían hacer cosas importantes. Obviamente, para nosotros es básico una ley de financiación suficiente. Porque sabemos que, aunque tengamos desarrollado un cuerpo normativo que nos dé herramientas, al final vamos a necesitar recursos.

Necesitamos renovar nuestras infraestructuras de edificios, de centros de salud, de hospitales. Necesitamos renovar también nuestra tecnología. Creemos que ahí sí que es cierto que tener una comunidad pequeña, como es la navarra, es impedimento a veces para conseguir recursos o por lo menos tener eficiencia a la hora de desarrollarlos.

Creemos que ahí la colaboración con otras comunidades debería ser una posibilidad. Yo siempre suelo mencionar que se necesitan en torno a 2 millones y medio, 3 millones de personas para tener un sistema sanitario un poco capaz, integral, capaz de atender todas las necesidades de esa población.

Nosotros somos, no llega a 700.000 habitantes, con lo cual, tenemos muy limitadas esas capacidades. Yo veo otras comunidades como Andalucía o como la CAPV y veo que tienen recursos tanto formativos como las plataformas de compras o lo que sería lo que estábamos hablando de las agencias de consulta que ayudan mucho para tomar decisiones. Aquí, desde luego, al ser una comunidad pequeña las tenemos limitadas. Creo que esa colaboración entre comunidades es básica y creo que deberíamos intentar buscarla. Con la CAPV compartimos muchas cosas, a veces incluso necesidades operativas, pero también con La Rioja, con la que tenemos otros acuerdos de colaboración y yo creo que por ahí deberíamos intentar también hacer esfuerzos en esta ley para recoger explícitamente ese tipo de colaboraciones y darles una entidad importante.

Poco más, tendría muchísimo para hablar, sobre todo porque los aspectos realmente importantes de esta ley deberían ser las bases de su futuro, del futuro de la sanidad y sobre todo el de garantizar que la asistencia sanitaria va dirigida, como han dicho la doctora Ansa y ustedes a potenciar la salud de la población y no tanto a luchar contra la enfermedad de la población.

Yo suelo hacer, y no hay más que un ejemplo, en Estados Unidos que, digamos, tiene tecnológicamente la mejor sanidad del mundo. Sin embargo, la esperanza de vida desde los años noventa no ha avanzado, retrocedió incluso un año. Es decir, ellos tienen una sanidad muy ligada a la especializada, a la hospitalización. Eso hace que sus avances tecnológicos sean muy muy importantes, pero que la salud de su población no se esté beneficiando de la misma medida. Por eso pienso que esa apuesta que habéis mencionado de que la solución y que la garantía de la salud pasa por la Atención Primaria es más que evidentes. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchas gracias, señor González. Para finalizar, turno de palabra para la señora De Simón.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Presidente. Muy buenos días. Bienvenido, señor Gabilondo, bienvenido, señor Beltrán, muchísimas gracias por sus aportaciones. Para mí ha sido un auténtico placer, porque cuando una oye lo que quiere oír, la verdad es que le viene fenomenal. Pero, en todo caso, mire, son dos legislaturas en las que yo particularmente he formado parte de un acuerdo de programa de Gobierno. En las dos legislaturas ese acuerdo de Gobierno incluía la elaboración de una nueva ley de Salud, un consenso general, no solamente de los firmantes del acuerdo en este Parlamento, sino en la medida en que tenemos otras normas, otras leyes que ya han superado con creces la antigua ley de Salud. Por lo tanto, yo creo que eso no tiene discusión.

Entonces, yo hoy de lo que me alegro es de su contribución hoy para asentar las bases para la ley foral de Ordenación Sanitaria, que me quedo con la nomenclatura. Digo que espero que de estos meses que quedan, se puedan sentar las bases para que en la próxima legislatura por fin se aborde esta cuestión. Por lo tanto, no me queda más que agradecerles una vez más sus aportaciones hoy. Me voy a disculpar porque en un par de minutos me tengo que marchar, porque tengo que enseguida. O sea, que espero que me disculpen y gracias otra vez.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señora De Simón. Damos la palabra a los expertos, al señor Beltrán y al señor Gabilondo. Contesten como ustedes vayan viendo.

SR. BELTRÁN AGUIRRE: Si les parece contesto yo a las preguntas más de tipo jurídico y le dejo las técnico-sanitarias más a usted. (MURMULLOS). La señora Fanlo preguntaba por qué es necesaria esta ley. Es necesaria esta ley porque no da respuesta a las necesidades actuales. No se trata, como decía antes, de construir un sistema, ya está construido en virtud de la ley de 1990. Pero la ley de 1990 no va más allá de construir el sistema.

Ahora necesitamos unas normas que garanticen la calidad, la seguridad, la financiación adecuada de nuestro sistema sanitario. Necesitamos una ley que sienta las normas precisas para garantizar esta calidad, esta equidad, esta seguridad, crear un sistema sanitario de

calidad. El sistema sanitario, ya lo tenemos, ahora lo que necesitamos es un sistema sanitario de calidad. Este es el principal objetivo, la principal funcionalidad de la ley.

Preguntaba, una ley o varias. Sí hay ahí foros que reclaman una ley foral o estatal, una Ley de Salud Mental, una ley casi por cada especialidad médica. No, yo no soy partidario de esto. La ley no tiene efectos taumatúrgicos, las leyes por sí solas no cambian la realidad de las cosas. Yo, como jurista y dedicado muchos años a la norma y a la ley, creo bastante poco en el poder de la ley y la virtualidad de la ley. La ley es necesaria, pero cuantas menos leyes tengamos y se apliquen bien, mejor que muchas leyes que después no se aplique ninguna.

Entonces, como decía antes, hay comunidades autónomas que sí están aprobando leyes de Salud Pública, aparte de la ley de Salud de la propia Comunidad. Yo no lo veo necesario, sí veo necesario que a la nueva ley de Ordenación Sanitaria —yo la denominada así: Ley Foral de Ordenación Sanitaria— se incorpore un capítulo importante sobre Salud Pública, que equivalga a las leyes de Salud Pública de la comunidad autónoma. Otro título importante y necesario es de Salud Mental, que contemple las peculiaridades y especificidades de la Salud Mental. Pero nos basta y nos sobra con esa ley, con la ley de derechos y deberes que tenemos de los pacientes y con la legislación de Función Pública que sea la adecuada para las peculiaridades de los profesionales sanitarios. No más leyes, buenas, pocas y que se cumplan.

¿Se pueden de alguna forma neutralizar decisiones del Gobierno central como el decreto-ley del 2012 de Aznar por parte de una comunidad autónoma a través de nuestra propia legislación? Este es un tema complejo. Claro, si la ley estatal tiene el carácter de básico, se imponen esos principios básicos a las comunidades autónomas, pueden desarrollarnos, pero no contradecirlos. Entonces, salvo que se considere que se ha excedido el Gobierno de la Nación o las Cortes Generales al aprobar esa ley básica y han invadido competencias de comunidades autónomas. Entonces, los que se tiene que hacer es impugnar esa ley ante el Tribunal Constitucional por invadir competencias sanitarias de las comunidades autónomas a través de una legislación básica.

Hombre, con el real decreto-ley de 2012 en Navarra, ¿qué pasó? Lo recordarán ustedes, se intentó neutralizar ese real decreto-ley del 2012 a través de dos leyes forales que querían neutralizar la limitación de la universalidad extendiéndola y también el copago, haciéndolo más llevadero, más suave. Qué hizo el Estado, impugnar las dos, y qué hizo el Tribunal Constitucional, anular las dos por invasión o por contradicción de una competencia básica estatal, que no la cuestiono, que tenía esa competencia básica estatal para determinar ese ámbito de la universalidad a la asistencia sanitaria o de esos pagos farmacéuticos.

Ahí es un juego de competencias y capacidades Estado y comunidades autónomas, es compleja. En la línea no es difícil marcar muchas veces dónde termina la competencia estatal básica y de coordinación sanitaria y dónde empiezan las competencias autonómicas, pero es ese juego que es difícil.

SR. GABILONDO PUJOL: Un poco, el por qué la ley, yo creo que está bastante comentado ya, he de decir desde mi punto de vista que necesitamos herramientas y necesitamos precisar mejor qué es hacer las cosas bien, simplificando mucho.

Por otra parte, he de decir que se ha comentado el tema de Medio Ambiente, por ejemplo. Hay algunos temas, lógicamente, el tema es inabordable, pero, por ejemplo, cuando yo hablaba del concepto de salud en todas las políticas y hablo de elevar al Gobierno la responsabilidad en la gestión de la salud, es porque incluye temas de estos.

Uno de los problemas que tiene el modelo de gobernanza, que tienen en general las Administraciones, es que fragmentan la realidad. Decidimos que a esto le llamamos el Medio Ambiente, a esto le llamamos Salud, a esto le llamamos Educación, a esto le llamamos Bienestar Social, a esto le llamamos tal. Entonces, hay muchos problemas que esa fragmentación les perjudica radicalmente.

Entonces, y luego hay un debate competencial, que es, por ejemplo, algunos decían en su momento que invertir más dinero en Educación, mejora más la salud más que invertirlo en Sanidad. Digo por poner un ejemplo, lo digo, ya me he entienden. Pero, quiero decir, entonces, pero, claro, eso no quiere decir que Educación se vaya a integrar en Salud o que Salud se vaya a integrar en Educación.

Eso parte de la necesidad de trabajo interdepartamental. Se creó en la legislatura pasada el Consejo Navarro de, cómo era, ya no me sale el nombre, como un órgano máximo de gestión donde estaban representadas casi todas las Consejerías de Salud y presidido por la Presidenta del Gobierno. Pretendía esto. De hecho, empezó a trabajar por prioridades estratégicas de Salud. La primera que dijo es el envejecimiento, o el problema demográfico. Son temas que no son de ningún departamento, pero son esenciales. La política interdepartamental es una cosa esencial que debe estar recogida en la ley. Eso es el concepto de Salud en todas las políticas.

Incluso se habla hoy en Salud de la One Health, es decir, una única salud. Porque los antibióticos, por ejemplo, el uso adecuado de los antibióticos es un problema de veterinaria, pero también es un problema de Salud.

La salud laboral, es un tema... Navarra es la única comunidad que tiene competencias en el Departamento de Salud en materia de salud laboral. Porque luchamos en su momento a brazo partido, pero son unas competencias parciales. La coordinación, de hecho, el Consejo Navarro de Salud Laboral está presidido unas veces por la Industria y otras veces por Salud. Porque ya saben ustedes, el mundo laboral es para hablar un rato. De acuerdo.

Luego, con respecto a la Salud Mental. He de decir que en la Salud Mental no la he puesto como un capítulo diferente, pero sí está en varios sitios y, además, el discurso lo he simplificado por necesidades del guion. Pero quiero decir dos cosas sobre el tema de Salud Mental.

La primera es que la Atención Sociosanitaria y la Salud Mental están absolutamente entrelazadas, absolutamente. De hecho, el mayor, la mayor necesidad que hay en el ámbito de Salud Mental es más sociosanitaria casi que sanitaria. Es un elemento muy importante a tener presente.

Otro elemento importante es que la Salud Mental es específica, pero también debe ser normalizada. Que son a la vez, tenemos, por qué hay que darle un tratamiento específico, porque ha estado durante mucho tiempo relegada. Entonces, eso significa que hay que darle

un empujón, pero tampoco la podemos hacer como que va por un sistema completamente diferente, porque eso también tiene sus inconvenientes. Es una forma de discriminación positiva, pero cuidado con las discriminaciones positivas solo si no van unidas a coordinación. Porque si no la Salud Mental y física están muy relacionadas. El cuerpo es uno solo, el cuerpo no tiene mente por un lado y cuerpo por otro. Lo digo un poco, entiéndanme, son locuras que tiene uno.

Luego, quiero decir que sí que las políticas estatales han contribuido mucho al conflicto, a la situación actual de la sanidad en los últimos años. Yo lo tenía escrito, lo que pasa es que no me parecía lo más relevante y tenían que cortar de algún sitio. Pero las tasas de reposición, la reducción del número de MIR de una manera radical, se han hecho después de tener informes en el 2008 de déficit de profesionales que iba a haber en España. Les puedo pasar el informe donde dejaba ya muy claro que iba a haber un déficit de profesionales espectacular. Todo esto se ha hecho sabiendo que eso podía pasar, porque el objetivo era economicista y porque había que controlar el gasto.

Entonces, había que... Entonces, el déficit del presupuesto global, el control económico global del Estado, etcétera. La pérdida de competencias en materia de personal que ha tenido Navarra también ha sido muy relevante. Muy relevante. Ahora no se utiliza la terminología de contrafuero, pero es un tema que en su día alguien también hizo algunas dejaciones en mi opinión. Es verdad que el Tribunal Constitucional al final ha dejado las cosas en su sitio, pero hemos perdido oportunidades, se ha dicho. Navarra ha estado constreñida algunas veces sabiendo que teníamos que hacer cosas y no pudiendo hacerlas. Entonces, yo creo que esas cosas también hoy tengo la suerte de poderlas decir abiertamente, porque ya no tengo ninguna responsabilidad. De acuerdo.

Luego, el tema de Salud Pública es un tema sangrante, pero quiero decir que tenemos que modernizarla también. Yo siempre suelo decir que el dinero no basta. Es lo más fácil, el dinero es lo más fácil. Aun siendo difícil, es lo más fácil. Porque para las prioridades siempre hay dinero. Lo que pasa es que hay que ser coherente, no se puede decir que algo es prioritario y luego no ponerle dinero. Pero si es prioritario, se pone ese dinero primero y luego que quede para lo otro. Aquí nos pasa al contrario, que, como no decidimos, las tecnologías nos lo comen.

Simplifico y acabo ahí diciendo. El ejemplo de la ecografía es evidente. Yo cuando empecé a trabajar de médico general, pedí un electrocardiograma y me dijeron que eso era de especialista. Yo decía, hombre, los pacientes que yo tengo en el domicilio, que tienen una esto, ¿cómo sé si tienen una intoxicación digital o no? Todo era de especialista. Afortunadamente, hay cosas que han ido revirtiendo a Atención Primaria, pero no han revertido los recursos en la misma proporción.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchas gracias por las dos intervenciones. La verdad es que han sido, hemos aprendido mucho, la verdad, simplemente con escucharlos y coger apuntes. Desde luego, están abiertas las puertas de este Parlamento y esta Comisión. No nos va a quedar mucho tiempo a que termine la legislatura, pero nos hubiera gustado. Esperemos que esto se vuelva a retomar en la siguiente y, desde luego, están abiertas las puertas de este Parlamento para ustedes. Muchísimas gracias a los dos. (MURMULLOS). Se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 15 horas y 10 minutos).