



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

X Legislatura

Pamplona, 9 de enero de 2023

NÚM. 3

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

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

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 9 DE ENERO DE 2023

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia de los Sres. José Manuel Freire y José María Uribe 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 12 horas y 50 minutos).

Comparecencia de los Sres. José Manuel Freire y José María Uribe para informar sobre los principios rectores de la nueva Ley Foral de Salud.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Buenas tardes, arratsalde on, urte berri on también, feliz año, que es la primera Comisión de Salud que estrenamos en este año 2023. Reanudamos con esta Comisión, ya saben, Especial de Salud para acordar y asentar las bases de la nueva ley foral. La verdad es que es un placer presidir estas Comisiones porque estamos teniendo unos expertos de especial relevancia y que nos van a dar muchísima luz en esta nueva Ley Foral de Salud. Hoy contamos con los señores José Manuel Freire y José María Uribe. Voy a dar una pequeña presentación de ellos para presentarlos y para saber un poco sus trayectorias profesionales.

El señor José Manuel Freire es profesor emérito de la Escuela Nacional de Sanidad en el Departamento de Salud Internacional, del que ha sido profesor y jefe; profesor de política sanitaria en varias universidades e instituciones; médico especialista en Neumología en el Hospital 12 de Octubre; se ha formado en Salud Pública, Administración y Política Sanitaria en London School of Hygiene and Tropical Medicine y Harvard School of Public Health, con sendas becas en British Council y Fullbright; médico inspector de la Seguridad Social por oposición. Entre otras responsabilidades ha sido Director General de Atención Primaria de la Junta de Andalucía; Consejero de Sanidad en el Gobierno Vasco, que gestionó las transferencias de InSalud de asistencia sanitaria de Seguridad Social; y Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Ha estado activamente involucrado en política sanitaria internacional de la Unión Europea, la OMS y otras organizaciones internacionales como European Management Association, de la que ha sido Presidente; y en la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OIS; y de la GABI. También ha sido miembro del Consejo del Instituto de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad Nova de Lisboa y ha presidido el Comité de Expertos sobre Buen Gobierno de los sistemas de Salud del Consejo de Europa. En 2010 fue relator del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, presidido también por el profesor Juan Cabasés. En los últimos diez años ha sido portavoz de Sanidad del grupo parlamentario socialista en la Asamblea de Madrid, donde, entre otras iniciativas, impulsó la Ley de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión del SERMAS.

Presento también ya al segundo ponente y luego les cedo la palabra. El señor José María Uribe Oyarbide es profesor titular de la Universidad de Área de Antropología Social en el Departamento de Trabajo Social en la Universidad Pública de Navarra; doctor en Antropología Social por la Facultad de Sociología de UCM en el año 1992, obteniendo el premio Extraordinario de Doctorado y primer Premio Marqués de Lozoya del Ministerio de Cultura; del 1990-95 es profesor de la Universidad de Salamanca y docente permanente en el máster de Antropología de la Salud del Departamento de Antropología Social y Filosofía de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. Investigador visitante en el Centro de Investigacao e Desenvolvimento em Ciências Humanas y Sociais de Universidade de Évora en Portugal de 2000 al 2003 —disculpen mi portugués porque no lo hablo—. Desde hace una década su investigación se centrará en temas, sobre todo en salud, en enfermedad, con especial énfasis en la gestión de las políticas sanitarias y Atención Primaria, que es lo que hoy nos ha traído aquí. Últimamente sus trabajos también giran sobre la indemnización de los usuarios de Atención Primaria, la naturalización de

las desigualdades del encuentro de emigrantes y sistema sanitario, otro tema que también nos parece fundamental. También ha liderado proyectos de parentalidad, género y salud en Cuidados del Niño Sano, del Plan Nacional de I+D del Ministerio de Economía, y ahora también con un proyecto Poctefa transfronterizo en la Universidad.

Estos son los ponentes excelentes con los que contamos hoy. Paso a dar la palabra al señor José Manuel Freire por un tiempo de veinte o treinta minutos para que exponga sus novedades y sus retos en esta nueva Ley Foral de Salud. Muchas gracias.

SR. FREIRE CAMPO: Buenos días a todos. En primer lugar, muchísimas gracias por esta invitación a compartir mi experiencia profesional. Como han oído soy ya emérito, eso quiere decir que ya he cumplido unos ciertos años. La verdad, me hubiera gustado mucho más que esto pudiera ser un diálogo, como hemos tenido antes de empezar, porque esto permitiría contrastar cosas con una agilidad que los monólogos sucesivos no permiten. En cualquier caso, un placer y me tienen a su disposición tanto luego como posteriormente.

Mi experiencia, la que les puede ser más útil tiene que ver con mi trabajo en el ámbito internacional, en la Unión Europea y en distintas organizaciones. Como Consejero de Sanidad del País Vasco, el que hizo las transferencias y puso algunas reformas que luego se extendieron a todo el país. Quizá la más importante de ellas fue la inclusión en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de Osakidetza de los colectivos de beneficencia, en la cual el Gobierno de España nos tomó como piloto y que dio lugar a pasar de la financiación por cuotas a impuestos. Un paso clave en la universalización. También fue en aquella época la tarjeta y algo muy prosaico pero muy importante, que la cita en los centros de salud no fuera como en la carnicería, sino cita previa. También el PADI que tuve el privilegio de compartir con Navarra, al mismo tiempo que un importábamos de Navarra los programas magníficos que tenían de salud pública y en concreto de higiene de los alimentos y otras cosas.

Entonces, yo he articulado, he tenido un cierto problema en decir de qué voy a hablar, a qué le voy a dar importancia. Porque, aunque he leído sus debates de mayo, de cuando usted propuso esta Comisión, los anteriores, pero me quedaba duda. Que las cosas que yo puedo comentar cómo académico, como persona que ha pasado desde la clínica a la Administración, qué le puede ser útil. Lo que he planteado es unas reflexiones de contexto, unos comentarios sobre la ley foral y algunas diríamos sugerencias respecto a cómo hacer las cosas.

Sobre el contexto pasaré rápido. Ustedes plantean la Ley Foral de Salud, luego comentaré sobre ella. Claro, una ley de salud, la salud es un campo extraordinariamente amplio. No es lo mismo una ley de ordenación sanitaria que una ley de salud. La salud tiene que ver con tantísimas cosas, una complejidad enorme. Ustedes tienen a un paso de aquí Francia y Francia, como ustedes saben, tiene, lo llaman, un código de salud. Este Código de Salud que es muy interesante de revisar no es una ley, es un libro en el que van metiendo páginas reformando capítulos. Que yo sepa no hay una ley de salud allá, tampoco la conozco en Reino Unido, los países que más conozco, porque salud es muy complejo. Coge cantidad de cosas desde determinantes sociales, determinantes climáticos, en fin, un montón de cosas, no insisto en ello.

Hablando de, por supuesto, la salud tiene que ver, y esto es muy importante, y es curiosa la ley foral, en el preámbulo lo menciona, la mayor causa de enfermedad y muerte prematura en el

mundo es la pobreza, a partir de ahí contamos un montón de cosas. Pero yendo al tema que sin duda centra sus preocupaciones, que sin duda es la Sanidad entendiendo por tal el conjunto de instituciones que tienen que ver con la provisión de servicios, con la organización, etcétera, una cosa importante es empezar señalando que el sistema navarro de salud, es muy obvio, pero es importante señalar que el sistema de salud de Navarra es parte del sistema nacional de salud español. Algunas de las características y problemas del sistema nacional de salud español se manifiestan en Navarra, como en el resto del país, con determinadas peculiaridades.

Dicho esto, una cosa muy obvia también es que este sistema de salud es uno de los pilares básicos de la convivencia democrática, de la seguridad, etcétera y del bienestar. La pandemia, también es muy obvia, ha puesto de manifiesto que, además, no solo es tema de seguridad personal, es también es tema de seguridad nacional. Hemos comprobado y esto tiene consecuencias. Debiera tenerlas en término, por ejemplo, la provisión de recursos. De igual manera que tenemos bomberos, que con la esperanza de que nunca intervendrán, tenemos aviones de combate, etcétera, a lo mejor debemos tener cierta holgura en los sistemas de salud para prever que puedan pasar cosas. El sistema nacional de salud español es posiblemente la joya de la corona de las últimas décadas de España. Es el servicio público más valorado y posiblemente el mejor.

No quiero molestar aquí a mi compañero, pero si nuestra universidad o nuestro sistema judicial, etcétera tuvieran la altura que tiene técnica y de organización de nuestra Sanidad, España sería un país nórdico con todos los problemas, que los tiene el sistema sanitario. El mantener estos logros es clave. Tiene también problemas muy específicos. En los comparecientes anteriores que me he leído mencionan toda una serie de problemas desde la Sanidad, pero cuando hablo de ello, dividido en dos grupos. Problemas comunes a todos los sistemas de salud de los países desarrollados, que tienen que ver con el envejecimiento, las enfermedades crónicas, las nuevas tecnologías, la dependencia.

Luego problemas más específicos del sistema sanitario español, que tienen que ver con su historia, con su contexto político, administrativo y profesional. Entre ellos destacan aspectos relacionados con la gobernanza. Somos un país en el que estamos más cerca de México que de Suecia en términos de gobernanza pública. La política de los puestos de responsabilidad en el Estado, en las Administraciones Públicas sufre una ocupación partidaria que es excepcional en Europa, lo cual repercute en el sistema sanitario. Somos el único país de Europa, —si puedo decirlo— Grecia al margen, parcialmente Portugal, en el cual los directores de hospital suelen cambiar cuando cambia el Gobierno, y de ahí para abajo, cambian los directores de Enfermería y los directores médicos. Con lo cual, estos son los servicios más complejos que tiene nuestra sociedad.

Esta perspectiva del sistema nacional de salud español se ve mucho mejor si lo comparamos en perspectiva internacional en los países de nuestro medio. Qué países europeos se parecen al sistema nacional de salud, cuáles son: los Nórdicos y Reino Unido. Qué es lo que caracteriza el sistema sanitario español, le caracteriza que es un sistema integrado de producción pública. Qué lo diferencia de Francia. Francia de un lado extiende su seguridad social, pero la Seguridad Social francesa no tiene ni médicos ni hospitales, tampoco la alemana. España, igual que el Reino Unido, los países nórdicos, Italia, las antípodas, Nueva Zelanda, el sector público emplea

personal sanitario, tiene hospitales, se gestiona el aseguramiento y la provisión. Están incardinadas. Lo característico de España es que esta provisión está incardinada muy indiferenciadamente dentro del sector público, cuando la Sanidad es un servicio en punta de tecnología, de organización, de requisitos. Eso es posiblemente el aspecto más...

Dos cosas, entonces, incardinado a un sector público, que es de las cosas que no ha reformado todavía la democracia. Un sector público y que tiene un componente, decididamente, no excesivamente presentable en términos internacionales de buena gobernanza. Y esta otra característica de producción pública en la que el ejemplo más obvio son recursos humanos. Somos uno de estos países de producción cuyos recursos humanos no están contratados por el centro donde trabajan. Nuestros médicos, nuestras enfermeras no son empleados del hospital donde trabajan, son empleados del sistema. Esto es único, es excepcional, no existe en otros lugares.

Podía hablar de alguna otra característica que complejiza extraordinariamente la gestión de lo público en España comparado con un mundo nórdico o un mundo anglosajón, en concreto, Reino Unido y más específicamente dentro de Reino Unido me refería a Escocia que tiene un régimen muy diferente y una cultura política y de gestión sanitaria muy diferente a Inglaterra.

Entonces, sentando esto, lo ponemos. La comparación con estos países lleva a plantear una de las reflexiones claves que es que en un sistema público integrado su eficiencia y calidad depende críticamente de la eficiencia y calidad democrática e institucional del conjunto del sector público del país.

Es difícil, en España la Sanidad es mejor que otras instituciones, pero es difícil que sea mucho mejor. Si la Administración Pública española cuando cambia el Gobierno cambia cuatro niveles, es difícil que no lo haga Sanidad. Por contra, los países cercanos al nuestro, Francia, Reino Unido, nórdicos, etcétera, cuando cambia el Gobierno puede que no cambien más de uno o dos niveles. Entonces, este es un tema de referencia que está ahí.

Luego hay otro asunto de referencia y es que cabe preguntarse cómo podemos tener un sistema de calidad, por calidad entiendo, con demoras aceptables para el tratamiento, aparte de muchas otras cosas, en un país que tiene impuestos bajos, que tienen una Administración rígida y no poco clientelar, como he dicho. Cabe preguntarse eso. Gran parte de nuestros problemas, y yo creo que esto no soy el único que lo dice, gran parte de los problemas del sistema sanitario español son problemas de gobernanza.

Gobernanza es una palabra muy genérica que tiene que ver con cómo se toman las decisiones, cómo se organiza, quién manda, cómo se nombra a los que mandan, cómo se les destituye, como se les pide cuentas, etcétera, pero tiene que ver con eso. A pesar de todo ello, la pandemia ha mostrado que tenemos un sistema, como he dicho, impresionantemente bueno para el país en el que este sistema está.

Entonces, siguiente punto dentro de este contexto sobre el tema del sistema de salud en las comunidades autónomas españolas. Como ustedes saben perfectamente, el sistema nacional de salud español no es nada más que la asistencia sanitaria a la Seguridad Social universalizada

y financiada por impuestos. No es nada más y nada menos. Es importante conocer esta génesis de cómo estamos.

La Seguridad Social en España, el InSalud, la Sanidad que yo conocí en los primeros años cuando trabajé como médico inspector tenía cosas obviamente curiosas e interesantes, incluso de buena gestión. Por ejemplo, todos los hospitales tenían Juntas de Gobierno, Juntas de Gobierno tradúzcanlo como Consejos de Administración. En la cultura administrativa, que es otro comentario así al margen que voy a hacer, en la cultura administrativa los únicos que podían ser directores de hospitales eran los médicos inspectores de la Seguridad Social.

Curiosamente, como saben en Francia la única manera para ser director de hospital hay que hacer unas oposiciones, ir a l'École Nationale de Santé Publique y uno sale después de dos años de estudio con los galones de director de hospital. Eso me lleva a otra reflexión. España pertenece a la cultura administrativa política que llamaríamos napoleónica o administrativa. Pero somos un país en el que, en palabras de un señor que trabajó en Navarra y que fue profesor en mi escuela, el rigor de la norma en España está muy atemperado por su inobservancia. Una frase muy interesante.

Entonces, nosotros somos de esa cultura político-administrativa, cuyo ejemplo es Francia, podíamos luego comentarlo, cómo hacen en Francia algunas cosas. Pero, últimamente, ya nadie lee francés. Acabo de hacer una comprobación con un chico joven, que sabe algo de inglés, aquí en Navarra, universitario, pero no lee francés, están a un paso. Con lo cual, por decirlo rápidamente, hemos olvidado, no hacemos bien la cultura administrativa y hemos copiado cosas insensatas por tomarlas fuera del contexto de la cultura anglosajona. En la cultura anglosajona nada es obligatorio, pero casi todo es obligado. No hay que tener cuarenta años para hacer las oposiciones de director de hospital, pero es impensable nombrar alguien que sea un jovencito o que no tenga..., en fin.

Entonces, ahí tenemos un problema. Tenemos lo peor de los dos mundos. Hemos traído la discrecionalidad de los británicos sin sus controles y mantenemos la rigidez de la cultura administrativa francesa sin la actualización que tienen los vecinos de Francia. No tiene nada más que preguntarse cuántas leyes de hospital, cada cuánto tiempo, cómo funciona, un tema en el que luego me detendré.

Entonces, la transferencia a las comunidades autónomas ha dejado en el cajón no solo transferencias de las cosas también, algunas de las cosas buenas de la especificidad gestora que tenía la Seguridad Social. Algunas cosas buenas de ello, algunas de ellas se han mencionado, podían ser mejorables. Ha supuesto algo dramáticamente negativo, la captura de los sistemas de salud estos transferidos por, cómo lo diré educadamente, por la tecnoestructura funcional y acientífica de unas comunidades autónomas que ni tenían experiencia ni conocimiento en gestión de servicios sanitarios. Aquí los tenemos. Un servidor ha sido Consejero de Sanidad del País Vasco y si leen las memorias de un colega, verán que mis peleas con el Consejero de Hacienda eran épicas, y aquí estamos. Entonces, este es un problema que yo veo que, por lo que he oído y demás, que hay en Navarra, como la hay en todas las vías autónomas. El Consejero de Sanidad nada con las manos y pies atados por una función pública que no entiende nada de la especificidad del sector más complejo de las sociedades modernas y una Hacienda Pública que

dice que cómo no va a controlar el 40 por ciento, el 25 por ciento del presupuesto. Aquí andamos, estos son los retos que tenemos.

Entonces, las comunidades autónomas, afortunadamente todas, tienen organismos específicos para gestionar la Sanidad. Unas con el ente público de derecho privado, otras organismo autónomo, en fin, en distintas configuraciones, pero en el fondo, incluso donde las cosas están diferenciadas, es muy inmiscuido dentro de la función pública, muy inmiscuidas indiferenciadamente.

Llegamos a otro punto sobre cuál es la respuesta jurídica a los problemas. Porque esto es lo que se habla, estamos hablando de una ley foral. La pregunta es, a estos problemas, cuál es la respuesta jurídica. En lo que he leído, cuando plantaron esta solicitud de la Comisión y de los objetivos que tienen, ustedes se plantean, muchos de ustedes, reflexiones muy compartidas sobre los problemas de la Sanidad en relación con la Primaria, en relación con sociosanitario, la pregunta a hacer aquí es, ¿cuál es la respuesta jurídica, estrictamente jurídica? La pregunta es para qué sirven las leyes, para qué nos sirven las leyes. ¿Cumplimos las leyes que tenemos?

He hecho una consulta rápida, a alguien que conozco y me he enterado de que por ejemplo, la ley foral que quieren cambiar está bastante incumplida. Por ejemplo, al menos hace unos años, no sé ahora por la persona a la que he consultado estaba en Navarra hace unos años, pero el Consejo de Gobierno de Osasunbidea no se reúne y no funciona. Es papel mojado. Entonces quieren cambiar una ley y la pregunta es, han evaluado si se cumple esta y por qué no se cumple. Para ver sociólogos tienen una universidad potente, sería bueno que les preguntaran, que investigaran, que les contrataran para investigar eso y opinar con base científica de qué ha pasado.

He repasado, he aprovechado el viaje en tren para releer la ley foral. Digo, diablos, tiene cosas muy buenas, otras muy mejorables. La pregunta es si esto que tiene bueno se cumple o no se cumple, qué se cumple, qué no se cumple, qué se ha quedado desfasado. Porque uno oye cosas y dice, efectivamente, no había Internet cuando se hizo la ley, tampoco había... Pero, esto es, ¿hay alguna respuesta jurídica a los temas? Sí, hay alguna respuesta jurídica mínima a los temas de, diríamos, de las tecnologías de la información o de los nuevos medicamentos cuyo coste sobrepasa..., en fin.

Pero las leyes, en cualquier caso, no son un fin en sí mismo, son un medio, un instrumento. Yo les puedo decir que cuando estuve en el Gobierno Vasco, cuatro años, no hice ninguna ley. Porque nuestra urgencia entonces, en aquel momento, era que la gente notara que los servicios mejoraban, que no se hacía cola como para ir a la carnicería, que se podía elegir médico, que se adecentaban los centros. En fin, estas cosas.

Sobre todo, algo muy importante para mí. (SUENA MÓVIL). Me voy quedando fuera de tiempo, santo cielo. Me parecía muy importante situar la institución sanitaria, en el País Vasco Osakidetza, aquí Osasunbidea, en el corazón de la sociedad, como la sociedad más valiosa, como la institución más valiosa, más querida, más símbolo de lo que mejor tenemos entre todos. Esto me influye en mi época en el Reino Unido. Sepan que cuando se celebró el 60 aniversario del NHS británico sonaron las campanas de las catedrales, hubo misa de acción de gracias, etcétera. Ustedes recordarán cuando las Olimpiadas de Londres, en el estadio, bailaron las camas y el

personal vestido con los uniformes de trabajo. Es parte de una visión de una sociedad diferente. La Sanidad es parte clave de eso, cómo lograrlo es el reto. Honestamente, cuando estuve de Consejero el País Vasco ese fue mi mayor esfuerzo, desde constituir el logo con la simbología, como muchas otras cosas, crear tejido cívico de apoyo a la Sanidad Pública. Parte de leyes, una parte, pero no es mucho más.

En el mundo de las autonomías españolas hay muchos tipos de leyes, leyes de salud he visto comunidades autónomas, perdonen que toque estos temas, pero como los explicó en clase, comunidades autónomas que tienen leyes de salud, está Galicia, que la tiene buena, por cierto, Galicia, además, la ha actualizado. Está Galicia, Andalucía entre otras. Luego hay comunidades autónomas que tienen leyes de ordenación sanitaria: País Vasco, Navarra, Madrid; muy influidas, por cierto, las tres por las teorías sanitarias emanadas de la reforma Thatcher en la Sanidad en la que había, lo que ellos llamaban, «*Purchase around will provide us split*». La separación entre los que financian y aseguran y los que gestionan, y la gestión con la idea de establecer un mercado de provisión. Esto nos llevaría lejos. Luego hay leyes, hay comunidades autónomas que tienen, también aquí tengo aquí el listado de las leyes que tienen leyes específicas de salud pública, de derechos y deberes, de personal, etcétera.

Luego hay otro tema importante sobre la respuesta jurídica a los problemas y es un poco el equilibrio entre leyes y reglamentos. Saben la frase: «Hagan las leyes, déjenme que yo haga los reglamentos». En fin, luego si quieren comentamos sobre esto porque, entre la experiencia, aparte de habiendo sido diputado, es que aprovechando que ningún partido tenía mayoría en la Asamblea de Madrid, en la legislatura 2015-2019, tuve el privilegio de presentar en nombre de mi grupo parlamentario tres leyes y las hemos aprobado por unanimidad con una abstención simbólica y cariñosa de los hermanos separados de Podemos, que sería un comentario así al margen, pero no carente de interés.

Con esto llegó al punto de la ley foral. La ley foral de ustedes, —tendré que darme más prisa— me han sorprendido varias cosas. Me centraré en los temas de gobernanza. En primer lugar, el carácter enciclopédico de una ley siendo la salud tan complicada. Ya han hecho una, yo no sé si valdría la pena repetir el experimento. Como les ha aconsejado el jurista que estuvo antes, el señor Belzoan, a lo mejor están, realmente lo que necesitan o quieren es una ley que ordene el tema sanitario y más en concreto que regule la gobernanza de Osasunbidea, porque era lo que estamos hablando. Entonces, yo echo de menos en la actual ley foral, que no tiene órganos de Gobierno, tiene un Consejo de Gobierno.

Un órgano de Gobierno, y es importante entender esto, que nadie lo confunda con Consejo de Salud. Órgano de Gobierno son los que mandan en la organización, el Consejo de Administración. De hecho, en Madrid al Servicio Madrileño de Salud, a este órgano de Gobierno, le llama Consejo de Administración. Y esto es un órgano colegiado de Gobierno. No hay en Europa, esa que tenemos más allá de los Pirineos, ningún país que tenga hospitales públicos que no tenga órganos colegiados de Gobierno al frente a los mismos. Francia, por ejemplo, en Inglaterra los *board*, con culturas muy diferentes. Esto nos llevaría a comentar, pero echo de menos que Osasunbidea no tiene un órgano colegiado de Gobierno. Si lo tiene, no funciona y si lo tiene, está mal diseñado. Tiene una reunión al año y por lo que he oído al menos hace años, no lo sé ahora, no se reunía.

Luego, echo de menos también que todos los nombramientos que tienen son discrecionales. Echo de menos también no solamente a nivel central, solamente a nivel central hay un órgano, como se llama Consejo de Gobierno que podía ser asimilado a Consejo de Administración, pero no tiene órganos similares en los hospitales ni en las áreas.

En definitiva, tienen ustedes un ejemplo de libro de lo que los teóricos de organización llaman un sistema de mando y control, *demand and control*. El de arriba nombra al de abajo, el de abajo..., etcétera. No hay ningún país que funcione bien ni ninguna organización que tenga esto. Tampoco tienen normativa para seleccionar cargos que no sea el nombramiento discrecional. Discrecional no es lo mismo que arbitrario, pero cuando la discrecionalidad condicionada resulta que pueden ser arbitrariedad. Entonces esas son las críticas, vistas las críticas entenderán cuáles serían las sugerencias.

Ciertamente, el otro tema clave, pero esto, ustedes tienen una ley diferente, es el tema de personal. Luego me referiré a ello. Paso al último punto, sugerencias o propuestas. Disculpen, viniendo desde fuera a hacer, pero un poco desde el análisis de cosas con paradas.

En primer lugar una cosa, yo creo que esto realmente es relevante, una ley, sobre todo si hace referencia a la gobernanza, ha de buscar el consenso, sobre todo la gobernanza. Las leyes que plantean las reglas de juego, igual como imagínense la Constitución, han de tener el mayor..., son las reglas que han de estar hechas de acuerdo con lo que el filósofo de ética John Rawls plantea como el velo de la ignorancia. Hagamos unas leyes sin saber si nos va a tocar estar en el Gobierno o estar en la oposición, que nos sirvan para gobernar, pero también para controlar al Gobierno. Entiendo que esto es angelical, soy muy consciente de ello, pero es lo que hay que plantear.

Les diré también que parcialmente lo hemos logrado en el Gobierno de Madrid. Luego si les interesa... En Madrid aprobamos una ley para con unanimidad, votada por todos, sobre la gobernanza de las organizaciones, lo que está por debajo, digamos, de hospitales, áreas y demás, con total consenso, basado en estos principios.

Puestos a tener algo en que inspirarse, sabrán que el Congreso de los Diputados, cuando todavía, en las pandemias hay dos fases desde el punto de vista de reacción de los Gobiernos y la sociedad; la fase de pánico, en la que nunca más nos volverán a coger, como nos cogieron en este caso, y se plantean cosas; luego está la fase de olvido. Cuando el país estaba todavía en fase de pánico, el Congreso de los Diputados reunió a la Comisión de Reconstrucción Social y Económica. Yo tuve el privilegio de ser parte, miembro no parlamentario, de ella. Y en curso esta Comisión, sorprendentemente, por 256 votos aprobó unas cosas maravillosas.

He traído la parte correspondiente a Buen Gobierno. Luego si les interesa puedo leer en la segunda parte, no ahora. Pero todo esto que les he comentado está aquí: órganos de Gobierno, profesionalización de la gestión, participación, etcétera. Páginas maravillosas.

Aprobó también esta Comisión. Yo se lo recomiendo y le diría a la Presidenta de la Comisión que les facilite una copia de esto, porque fue votado por todo el espectro político. Yo estuve en las discusiones y vi que es lo más próximo que tenemos en nuestro país a un pacto sanitario.

En relación con esto, únicamente un último comentario en relación con el tema del personal. Navarra se parece al sistema sanitario, es común, es una autonomía, diríamos, sanitaria en España con una excepción muy importante, aquí no aplica el Estatuto Marco, la Ley 55/2003. Aquí los profesionales de la Sanidad son funcionarios del Gobierno Navarra. Sin embargo, me asombra que sean funcionarios del Gobierno de Navarra indiferenciadamente respecto a cualquier otro funcionario que no haya un estatus especial, yo les recomendaría que se asomaran a la situación de Francia.

Francia no es un sistema como el español, es un sistema de seguridad social, financia la seguridad social y tiene proveedores privados y proveedores públicos. Los proveedores públicos son los hospitales públicos franceses. Los hospitales públicos franceses son una red potentísima, impresionante, que responde a esta cultura administrativa de la que les hablaba antes, pero bien gestionada, en la que actualizan las leyes. Nosotros tenemos leyes que no las cumplimos porque se quedan obsoletas, o no sabemos si se quedan obsoletas porque no las cumplimos, en Francia no. En Francia tienen para estos hospitales públicos algo muy parecido al instituto, al estatus estatutario español, que llaman la *fonction publique hospitaliere*, función pública hospitalaria diferenciada.

Yo viniendo de Marte, como vengo, aquí les diría: «Hagan ustedes algo parecido». Diferencian la función pública sanitaria del resto de la función pública en Navarra, porque nada tiene que ver, absolutamente nada que ver el empleado normal de una Administración Pública con cirujanos cardiovasculares, las enfermeras de quirófano o con los médicos de cabecera.

En fin, me podía extender mucho más, pero estoy, me doy cuenta, abusando del tiempo. Queda una segunda parte y, dado lo que les he comentado, ustedes saben perfectamente qué les puede interesar más que amplie y si no, por correo o como ustedes quieran. Muchas gracias por el privilegio de compartir estas cosas.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Freire. Damos la palabra al señor José María Uribe por un tiempo de veinte o treinta minutos. Muchísimas gracias.

SR. URIBE OYARBIDE: Buenos días. Egun on. ¿Se me oye bien? Lo primero, claro, después de la intervención del señor Freire, lo que voy a apuntar va a ser un poco distinto. En todo caso, no sé si era voluntad o no de quien convocó esta Mesa, pero la idea de plantear unos principios rectores o algunas líneas sugerentes de unos principios rectores obviamente se puede entender de maneras muy diferentes. Como también decía el señor Freire, no sabía muy bien qué tenía que contar. Yo hice un poquito al revés, cogí otras fuentes para ver un poco en qué situación estamos en el tema de la Gestión de la Salud del Gobierno de Navarra. Me fui a documentos más que a las comparencias grabadas que no caí en la cuenta de esa idea.

También he de decir que, claro, mi visión no viene de la gestión, viene de la docencia, de la reflexión, de la investigación universitaria y viene más de Ciencias Sociales. Yo trabajo siempre sobre Salud, pero no tengo formación en Salud, salvo aquella que me ha tocado tener que tener para poder entender tanto las organizaciones sanitarias como los protocolos sanitarios como algunos nudos de botella del mundo de la gestión sanitaria.

También he de decir, por complementar un poco, que yo le voy a hablar de cosas más informales o no formales, mejor dicho, que no la disertación del señor Freire que tiene que ver con la estructura, con la formalidad, no solamente de la organización sino del diseño dentro de otras políticas públicas con las que se rodea el sistema sanitario.

Por tanto, mi visión es micro, no macro como la suya. Es muy micro y, por tanto, puede que haya elementos que sean objeto de la reflexión y otros que no parezcan pertinentes. También tenía el mismo problema él, cualquier aportación que yo hiciera, cómo se puede trasladar a una norma un texto normativo a mí me parece complicado, pero, sin embargo, rastreando información escrita y documentos escritos del Departamento de Salud he encontrado que hay cosas que ya se han traducido en estrategias. No son leyes, son estrategias.

La de Caminando por la Salud, la estrategia de Humanización, que es verdad, como dice él que hechas las leyes, ya haremos los reglamentos. Están ahí, todo muy bonito, pero que yo sepa cosas desde el año 2013 no se han hecho, desde el 2017 tampoco. Incluso dudo que la otra tercera pata que es la estrategia de crónicos y pluripatología, aunque es un trámite distinto, tampoco se ha llevado a la realidad.

Por tanto, yo creo que algo se ha hecho. Yo recomendaría en primera instancia volver a leer la estrategia de Humanización, por ejemplo, donde habla de muchos temas y plantea muchas cuestiones, que yo plantearé muy por encima, pero me parecen cruciales. Yo entiendo, y ahí a lo mejor podemos tener un pequeño debate, que el cambio de una ley foral, sin querer hacer un una herramienta rígida, tiene que ver con que ha habido unos cambios en la sociedad española y navarra en ambas a la que obviamente ese marco legislativo no da respuesta, no las había tenido en consideración. Por tanto, no tiene mecanismos o instrumentos de un cierto nivel para poder llevarlo a la práctica. Entiendo que la ley pretende recoger ciertas dinámicas, procesos, situaciones más o menos novedosas o que han eclosionado ahora e íbamos viendo que era posible, pero nadie acababa de realmente atreverse a abordar el asunto.

Por tanto, ¿cabe algunas de estas cuestiones que se han dicho traducirlas a un marco normativo? Yo creo que tenemos precedentes, que hay pistas. Yo creo, además, me acordaba de cuando él era Consejero, yo estaba haciendo mi tesis doctoral, y había una frase que hablaba de la publicidad, del *marketing*, de llegar a la sociedad y hacer que la sociedad tome como propio el sistema sanitario y la importancia de la salud; una frase, que me marcó siempre, para dejar de fumar. La frase era: «Si no fumas mucho, mejor. Si no fumas, mucho mejor». Era cambiar una coma y la coma cambiaba, obviamente, de ser una estrategia punitiva a ser una recomendación.

Hoy también, casualidades de la vida, antes de venir aquí, he leído que se ha publicado una encuesta hecha para la Cadena Ser y para otro órgano sobre el sistema sanitario español, qué percepción tienen los españoles del sistema sanitario. No he leído más que el titular de prensa. El titular de prensa era muy interesante porque afirmaba, creo, que el 67 por ciento de los encuestados estarían dispuestos a pagar más impuestos si estos iban a mejorar el sistema sanitario. O sea, que la valoración de la institución y la gestión del sistema sanitario en España es un elemento que es, como se ha dicho ya, muy valorado por la población, más allá de pequeñas discusiones o cómo se reacciona a una pandemia en un momento dado o en otro.

Pero realmente la valoración es positiva, aunque es verdad que hay elementos del sistema, lo típico, las listas de espera. Hay ciertos problemas de accesibilidad al sistema que se han marcado en muchas ocasiones. Desde ese contexto tan micro, es decir, yo qué puedo contar aquí, hablan de principios rectores, yo entiendo que los principios rectores tienen que ser algo así como elementos de partida de filosofía que luego habrá que ver cómo se traducen en diferentes niveles.

Pero yo puedo traer las dimensiones culturales que entiendo que normalmente el sistema sanitario aunque ha ido incorporando algunos elementos parciales, de manera general la salud no se entiende de una forma integral, podríamos luego también entrar en discusión sobre qué significan ciertos términos, pero la idea de lo biopsicosocial. Lógicamente el sistema tiene su historia, su origen histórico. Los sistemas de gestión pública tienen también su contexto histórico. No es lo mismo, como bien se ha dicho, hablar de políticas públicas en Gran Bretaña, en Francia, en España o en Portugal donde, eso lo sabe bien el profesor Freire, en un momento determinado, el Ministerio de Universidades portugués decidió no fundar las Facultades de Medicina. Había dos o tres, no creo que haya más, muy poquitas, y decidió porque dijo: ¿cuál es la estrategia? La estrategia es subcontratar personal de España o de otros países. Es decir, el contexto local es muy importante para estas cuestiones.

En ese sentido, como digo, a lo que yo me dedico, básicamente mi trabajo es visibilizar el impacto de las dimensiones culturales en los procesos de salud o de enfermedad. Ese es el objetivo. Por tanto, qué es lo que hago. Lo que hago básicamente es demostrar o mostrar cómo las dimensiones culturales no son un elemento que interrumpe, que interfiere, que emborrona el trabajo sanitario, sino que son elementos condicionantes de cómo se produce un proceso de salud o de enfermedad en un sujeto y en un colectivo. Por tanto, hay que conocerlos y hay que tenerlos en consideración, los elementos aparte. Ya sé que, desde luego, en los últimos veinte o veinticinco años, aunque en la formación en las facultades eso no se ha visto incorporado, en la praxis de muchísimos profesionales realmente se va se va enriqueciéndose esa articulación o triangulación entre lo individual o colectivo y lo médico.

Yo siempre pongo el mismo ejemplo en los alumnos. En castellano hablamos de salud, como mucho hablamos de malestar, pero en inglés tienen otros términos totalmente distintos. *Disease*, la dimensión objetiva del enfermar, digamos, lo que la ciencia gestiona y trata de, digamos, utilizar: *illness*, que es la vivencia o la percepción de emisión y emocional, la que el sujeto como tal; y el más importante que ha articulado, *sickness*, la dimensión social colectiva de cómo entender la salud y la enfermedad.

Esas tres piezas no son niveles que siempre coincidan, hay sintomatología y no enfermedad, hay enfermedad y sin sintomatología y hay grupos sociales que no reconocen ciertas enfermedades o que sobrerrepresentan ciertas enfermedades. Por tanto, ese tipo de nivel es un nivel que yo creo que, por ejemplo, una definición de salud contemporánea tiene que tenerla en cuenta. Tiene que tener en cuenta esa articulación. No puede haber un tema de prioridades. Yo conozco a gente que trabaja en UCI y en UVI y la tecnología no es lo más importante, es imprescindible, pero es mucho más importante crear espacios, medios protectores o medios digamos que sean propiciatorios de situaciones mejores.

En ese sentido, ese triple nivel no solamente es una discusión antropológica, filosófica si se quiere decir, sino que, puesto que el itinerario, digamos, de acceso al sistema de salud y de la propia vivencia de salir de una enfermedad, es un ítem donde el centro es el sujeto, el individuo es el que toma decisiones. Las puede tomar muy condicionadas por una opinión externa, por un contexto económico, se ha hablado de la pobreza, no cabe duda, pero al final es el sujeto el que se deja llevar, hace caso, toma iniciativas o se evade, es una cuestión de la situación.

En ese sentido, un segundo elemento importante, hay una expresión muy retórica, lo de «atención centrada en la persona». Yo creo que el que tiene que ser el núcleo es el usuario y no las necesidades de la organización. La organización tiene que estar al servicio de lo que en un momento determinado necesite la población.

Por tanto, primera implicación de ese triple nivel, cambiar un poco la mirada. Se ha dicho muchas veces, y es cierto, que si sólo nos fijamos en el punto de vista del sistema técnico sanitario nos dejamos fuera mucha realidad que nunca llega al sistema sanitario o que llega, y él lo sabe mucho mejor que yo, a Primaria mucho y a Hospitalaria muy poco.

Históricamente, cada vez que se sondea cuántos actos médicos se producen en Primaria frente Hospitalaria, lógicamente son mucho más en Primaria. Si analizamos también las vivencias de las personas, cuántas personas recurren al sistema sanitario, la mayoría de esas situaciones de salud o enfermedad no queridas las gestiona autónomamente, no llega al sistema. Luego diré un poquito la importancia de eso.

Por tanto, esa idea de poner al sujeto en el centro yo creo que es fundamental. ¿Por qué? Porque la salud y la enfermedad, voy a decir una cosa que todos conocemos pero yo creo que merece la pena pararse a pensar, es una construcción social y si es una construcción social en el sentido de que depende de un contexto, de un momento histórico, de una tecnología de alcance, de un imaginario y de una capacidad de decisión... Si es un constructo social, no es dado, se puede modificar. Por tanto, nosotros entendemos que la salud y la enfermedad son productos o construcciones sociales, la dimensión sociocultural va a ser fundamental, hay que conocerla, hay que tenerla en consideración.

Eso, claro, muchas veces genera tensiones. Si la salud es una construcción cultural nos podemos encontrar con personas que tienen otro modelo de salud y de enfermedad. Hay una autora francesa, que habla de las saludes y las enfermedades. Hace una tipología de salud eficientista, salud ambientalista, cada uno tenemos construcciones de la enfermedad y la salud por lo que hemos vivido que son distintas. El reparar en esas diferentes formas de entender la salud, porque es un producto cultural, implica introduzcamos en nuestro marco de trabajo futuro que no hay, no hay un modelo, una pauta de cómo entender la salud y la enfermedad.

Yo me acuerdo que cuando nació mi hija, en un hospital de Navarra, el gran problema de la vecina del cuarto, que era una persona del Magreb, era qué pasaba con la placenta. No había manera de convencerle de que no se podía llevar. ¿Cuál es el problema? El problema es que se abordó aquello, lógicamente la gente se quema y se satura en el trabajo es normal, desde una postura absolutamente digamos que punitiva, en lugar de tratar de hacer el esfuerzo interpretativo, que es grande, a ella, a su entorno, probablemente a su marido, intentar explicar o buscar una solución. De igual manera que ya tenemos en Pamplona matarifes de halal y antes

no teníamos, a lo mejor el sistema sanitario tiene que echar un poco de imaginación y pensar qué hacer con ciertas situaciones de claro choque cultural o de tensión cultural que se encuentra en su práctica cotidiana.

Ese primer nivel que digo que nos muestra que hay mucho de cultura en cualquier proceso de salud, de enfermedad y también a los propios profesionales, la formación de nuestras facultades en salud. Aquí hay varias personas que conocen más que yo este tema, todavía está a años luz de las necesidades que tiene el propio sistema y que los propios profesionales reivindican que se haga. Yo creo que ahí también habría que dar ese paso.

Hablaba entonces de una condición integral, porque es un producto que tiene varias dimensiones que se articulan. Tendría otro análisis, que también es más difícil quizá de poner sobre el papel, que sea una concepción integral o biopsicosocial de la salud supone que el centro de la salud es el proceso de interpretación que hacen los diferentes actores que están ahí, los llamados pacientes y los llamados profesionales.

Eso quería decir que seguir un protocolo técnico o biomédico no tiene por qué anular la dimensión interpretativa que le acompaña siempre. Los que son sanitarios saben muy bien que hay gente que se desafila de los tratamientos porque hace interpretaciones propias, porque tiene miedos, porque tiene experiencias previas y, por tanto, hay un aparente seguimiento, un tratamiento que no se cumple y es un dato que está ahí.

Entonces, yo creo que esa idea de darle más peso a los significados, a que todo el proceso de salud, como la vida social, es un proceso de interpretación. Uno juega con muchos frontones, con su propia biografía, con lo que dicen los demás, con lo que dicen los medios de comunicación, con la empatía que tenga con un profesional o no... Todo eso funciona a que se haga una interpretación que lleve a una toma de decisiones determinada.

Por tanto, no solamente «la atención centrada en la persona», como es el eslogan que tan en boga está, sino también tener en cuenta que el proceso sanitario no es un proceso biomédico, la parte biomédica es una parte del proceso. Desde luego, es un encargo social hacer que la población, aparte de afectiva y mentalmente, también esté mecánicamente lo mejor posible. Pero no es, el trabajo que yo hago, al menos, con gente mayor. Antes hablaban del trabajo, del uso de servicios en Navarra, de población extranjera. La imagen es que sobrecargan servicios y la realidad es todo lo contrario, ni en analíticas, ni en consultas, ni en derivaciones, en nada, salvo el ámbito de la ginecología. Y es el único que, por razones obvias, como un proyecto vital, son más frecuentadoras en este caso de las mujeres que los varones.

En todo caso, también por no solo decir lo que no se tiene en cuenta, en esos dos documentos, en las dos estrategias que he comentado, Caminando en Salud y la Humanización, la atención centrada en la persona es un elemento importante, no es un elemento que está ahí mencionado. Habrá que ver cómo se traduce luego sin interferir en los sistemas de funcionamiento, pero ya tenemos ahí ciertos precedentes con los que podemos jugar.

Si la persona está en el centro, un elemento básico es que esa persona es un sujeto de derecho que recibe un servicio. No es una prestación asistencialista, eso también es un logro social y yo creo que importante. Lo que implica, en lo que se traduce esa especie de ser un usuario de

derecho y no un receptor de prestaciones, es en que tendrá que tener derecho a una información comprensible de lo que se hace, de cómo se va a hacer. Tendrá que tener derecho a un cuidado de la información confidencial que sobre él se tiene, que el sistema ha ido generando. Tendrá que tener derecho a respetar, como bien se dice en las dos estrategias, su personalidad, su dignidad como sujeto y su identidad.

En último término, habrá que jugar con que médica, médico, enfermera, trabajadora social y usuario son roles sociales, son papeles. En ese juego de papeles hay derechos de todos. No se puede anteponer el derecho, como se antepone en algunas leyes, a la seguridad del usuario, a su propia seguridad. El concepto de seguridad siendo adulto, que sería el matiz que habría que introducir, no estando digamos incapacitado mentalmente, es muy relativo. ¿Qué es mi seguridad?

Estamos viendo que en otros ámbitos eso ya se ha admitido. Se ha admitido que el uso de sujeciones en residencias para personas mayores es inadmisibile. Habrá que inventar mecanismos para que uno no se caiga de la cama, por ponernos en el supuesto más tonto. Habrá que inventarlos, pero no puede ser que a alguien se le amarre a la cama. Tenemos un plan que en el 2025, al menos en Navarra, tienen que acabarse las sujeciones en los centros residenciales para personas mayores.

O tenemos otros ámbitos, como la nueva Ley de Infancia del Gobierno de Navarra, desde hace unos meses, del 22 de mayo me parece que es. Ahí también se empiezan a recoger derechos de los chavales en el sistema de protección para no ser sometidos a vulneración de derechos por su propia seguridad, para que no se altere la institución. Habrá que inventar, habrá que invertir en técnicos, en programas, en tiempo sobre todo —esto es lo más escaso y caro esta vida—, para que la gente no tenga que recurrir a ese tipo de mecanismos.

Otra idea, que a lo mejor les parece un poco así. De igual manera que la salud y la enfermedad es una construcción social, hay una cosa que también el sistema olvida, antes lo he mencionado de palabra. El primer dispositivo de atención no es la Atención Primaria, el primer dispositivo de atención es la autoatención. La autoatención que se da individual o colectivamente en el medio doméstico, que puede ser con el grupo de padres, que puede ser a través de Internet, como desgraciadamente sucede en muchas ocasiones por la dificultad de filtrar. Todos hemos conocido a padres y madres que con sus hijos pequeños van al médico, pero luego van Internet cuando la cosa es un poco así, poco habitual. ¿Qué pasa? ¿Qué se hace? ¿Qué dice Internet? Dice barbaridades y da mucha información, las dos cosas, hay que saber filtrarla.

Esta idea de la autoatención, me parece importante porque es lo mismo. Si el sistema cuenta y la ley cuenta con que uno no hace nada hasta llegar al sistema sanitario, se da cuenta de que el sistema sanitario no es el principio de nada, es el final de un montón de decisiones, dudas, consultas, reflexiones que le llevan obviamente a la Primaria, en el mejor de los casos, o a Urgencias, si viene de otro contexto cultural donde primero se va a Urgencias y luego le distribuyen. Es lo que ha pasado con mucha gente del Este, que se ha ganado unas cuantas broncas sobreutilizar los servicios de urgencia y lo que habían hecho es aplicar una pauta que habían aprendido en su sistema totalmente cosmopolita de práctica sanitaria.

Digo la idea de la autoatención, es importante, porque yo creo que los médicos, médicas y Enfermería en general, ya saben que su actuación no está aislada en el mundo. Es decir, hay un autor, que lo conocerá el profesor Freire, que es Arthur Kleinman, un psiquiatra y antropólogo muy famoso, que él hablaba de que en nuestras sociedades contemporáneas la atención sanitaria tiene tres ámbitos: el ámbito profesional, que se basa un poco en el conocimiento científico y en la normalidad estadística para funcionar; pero tenemos el ámbito *folk* o popular, que es un poco la idea de esas prácticas que son prácticas científicas que han quedado obsoletas o prácticas que no son científicas pero que por ensayo y error, parece que funcionan y hay un cierto consenso colectivo para ciertas cosas sin usarlas; y tenemos también el tercer ámbito, que es el ámbito lego o doméstico, donde nuestra experiencia, nuestras socialización, lo que hemos vivido, nos ayude a tomar decisiones.

Estas tres están perfectamente, chocan entre ellas, no son aisladas, no hay más que ir a la Clínica Universitaria de Navarra alrededor, lleno de cartelitos de curanderos que le ofrecen el oro y el moro. La gente que está en el proceso oncológico rezará, irá al chamán, hará lo que tenga que hacer, al marabú. Eso no es incompatible. Obviamente, los grados varían en función de las situaciones, y a la gente hay cosas que le parecen más cercanas y cosas que le parecen más alejadas. Pero la idea de que tampoco nuestro sistema de atención es único también es interesante. ¿Cómo se puede recoger eso en una ley? No lo sé. Pero la idea de que hay otros elementos que interfieren en esa atención técnica y no solamente interfieren sino que la condicionan, incluso la anulan a veces.

Esto que hablábamos de los negacionismos, tanto con las vacunas infantiles como ahora con las vacunas de pandemia, la gente decía si existe gente así. Claro que existe. ¿Y es capaz de hacer eso? Sí. Porque la idea de que ahí solamente la técnica y el conocimiento científico es el que hace tomar decisiones ni es real en la vida real, en la calle, como bien decía el profesor de las leyes que no se cumplen y la gente que hace mucha norma rígida para luego no aplicarla jamás, pero también es real en el mundo de la salud. Por tanto, la idea de esos tres niveles de atención que están conviviendo también me parece importante señalarla.

Un tercer elemento, esto es la ley reciente de Salud de Infancia del Gobierno de Navarra es muy buena en ese sentido sobre el papel. La necesaria articulación de la salud con el ámbito del bienestar social y con el ámbito de la educación, sobre todo porque afecta a una franja en crecimiento en formación, que son los jóvenes, niños, niñas y adolescentes. Esa articulación hasta ahora no existe o existe muy poco. Está muy de espaldas, depende mucho de las voluntades de los profesionales, incluso de su experiencia. Pero son mundos totalmente estancos. Por otra serie de razones que no vienen a cuento, yo conozco varios casos de niños de cuatro, cinco o seis años, hoy en día, en el presente en Navarra que llevan dos años sin ir a una consulta que tenían citada y se han perdido en los intersticios del sistema. Hasta que alguien en Derechos Sociales, en el sistema de protección, se encarga de esa persona y se mira el histórico de salud, se ve que habiendo estado citado cuatro, cinco, seis, siete veces nunca se ha acudido, por razones diversas, y en el sistema no ha saltado la lucecita, no ha saltado el *warning* de que no ha acudido y por qué no ha acudido siendo un menor, etcétera.

En definitiva, una articulación interinstitucional y eso sí se puede poner en la norma nueva. Esa articulación, en el caso de infancias, ha funcionado ejemplarmente con Salud y con Educación

también. Yo creo que eso la futura ley, no sé cómo, pero habría que recoger la necesaria conexión entre los diferentes estamentos que intervienen en el bienestar de las personas que, como bien recoge la ley antigua y en cuanto a la ley contemporánea, no solamente es la anatomía, la morfología, es el medio ambiente, es el crecimiento, el desarrollo adecuado, etcétera.

Dos cuestiones más, me imagino que el señor Freire estará de acuerdo. Obviamente la ley tiene que recoger que el centro del sistema tiene que ser la Atención Primaria. Lo cual no quita para que se dote de una estructura de rango, de organización, del sistema de ejercicio del poder y la autoridad, las dos cosas, pero habíamos comprobado desgraciadamente con la pandemia que la base de la salud de los colectivos de la población es la Atención Primaria. La tecnología hospitalaria es muy impactante, pero se queda corta y no por un número de unidades de respiradores, sino se queda corta por su efecto.

En la última encuesta que se ha hecho del Observatorio de Muerte Digna de Navarra, una pregunta curiosa que salió, una respuesta curiosa es que la gente ha bajado porcentualmente de manera muy significativa, casi diez puntos, en su voluntad de querer hacer testamento vital. ¿Y esto? Hay dos líneas de interpretación. Una, que la gente ha visto la muerte mucho más cerca que nunca, mucha gente, y ha visto que esa muerte dependía de un hospital. Si tenías un respirador, te librabas, si no, te ibas; por todo ello, antes de separarme del sistema, a ver, que me cuide hasta al final, no vaya a ser que tuviera solución. Esa es una interpretación posible. La otra es que la gente ha empezado a darse cuenta de que las voluntades anticipadas implican meter a la muerte en su día a día y a la gente le da miedo. La idea de que la muerte es un derecho, no es una prestación, el acompañamiento genera todavía un problema cultural gordo.

En definitiva, dos cosas más y ya si quieren... Hay todo un modelo en definitiva de reducir el biologismo, la biomedicalización, que eso creo que muchísimos profesionales lo comparten. Otra cosa es que el sistema no se lo facilita mucho, y especialmente hay colectivos donde eso es terriblemente notorio. En infancia, en mujeres, en personas mayores todavía el biologismo está muy presente. Yo no sé si en una ley como la que pretenden redactar, al igual que pasa en la ley de infancia, en algún lugar hay que poner que hay ciertas situaciones que son especialmente, digamos, sensibles a no obviar las variables sociales, desde luego esos tres colectivos claramente. En el caso de las mujeres, hay muchísimas publicaciones que pasan desde la farmacología hasta la práctica de gestación y parto, donde las mujeres son consideradas receptoras de productos, de mano de obra futura, por decirlo así a lo bruto, donde no hay experimentación con mujeres y los efectos secundarios, ahora empieza a haber, en los últimos quince, veinte años se daban, se anulaban o no se tenían en consideración.

Dos cosas que a mí me parecen muy importantes. Una, que en la vieja ley no aparece más que de una manera muy genérica, participación. Hay que resaltar, hay que recoger o potenciar la salud comunitaria. La salud comunitaria es el espacio protector de salud por excelencia y ahí podemos hablar de muchas definiciones, niveles: si es el grupo, si es la familia, si es el barrio, si son los padres. De hecho tenemos elementos que nos deberían llamar la atención. El crecimiento exponencial de grupos de ayuda mutua, de parientes de afectados por enfermedades y de asociaciones de salud es terrible, porque hay un hueco entre el sistema y la casa, que es el espacio comunitario, que puede tener muchos formatos. Entonces, el incremento

de los grupos de ayuda mutua, de asociaciones de ayuda, llámenlo como quieran, que cada vez hay más, cumplen ese papel que no puede jugar ni el sistema ni la casa. Ninguno de los dos, por razones estructurales, como decía usted, razones de tipo de organización. La empatía, el acompañamiento, a eso me pueden decir: las terapias. No hablo de salud mental, que es otra gran pobre de nuestro sistema desafortunadamente, que es pobre pero rica, porque por una parte es pobre, pero por otro lado se entiende a etiquetar cualquier conducta social no adecuada o cualquier situación social de vulnerabilidad como una etiqueta patológica.

Toda esta reflexión me lleva o cuál es, por qué me interesan estos temas y sacar esto de la cultura a la superficie, porque al final se generan discriminaciones. No tener en cuenta los factores culturales genera situaciones de desigualdad. Decía un epidemiólogo de Madrid muy conocido que «menos batas y más botas» en gente segura, o que es el código postal y no el código genético de lo que importa. Eso es muy manido, pero es real.

Entonces, por ejemplo, en las zonificaciones que se hagan, habría que ir a estructuras mucho más naturales que no solamente la avenida Zaragoza para un lado y para otro, sino ámbitos culturales, ámbitos demográficos que tengan una cierta coherencia interna. Yo siempre pienso, creo que han avanzado mucho en el ámbito de la reflexión con la gente mayor, en la dimensión de lo local. Lo local, los ayuntamientos, las residencias pequeñas, y aquí podíamos decir lo mismo, que las unidades significativas en Salud no se hagan por número de usuarios solo y por una gestión de los números, que será importante, sino por coherencia interna, porque hay una identidad colectiva que justifique que ciertos elementos de prevención y de promoción se reproduzcan dentro del grupo. Yo creo que esa dimensión de luchar contra la desigualdad tiene que pasar por cambiar algunos elementos. Obviamente, toda la cuestión que tiene que ver con la accesibilidad al sistema, no solamente física, económica, cultural, que la gente sepa a lo que va y lo que va a pasar o no va a pasar, el margen de maniobra que tiene.

Accesibilidad también administrativa. La desigualdad entre el campo y ciudad, por decirlo así muy rápido, es enorme. Yo viví en Salamanca varios años y la pobre trabajadora social se pegaba unas rutas por todo Salamanca para atender a los centros de salud que era una cosa insoportable.

Entonces, quiero decir que, al final, la idea de sacar la dimensión cultural tiene que ser un elemento para evitar esas desigualdades que se constata, no que se supone, que se constata. Ahora la pandemia lo ha vuelto a mostrar, al final, la clase económica importaba, dónde vivías y en qué trabajabas.

En todo caso, yo sí quería decir una cosa y luego ya me he dicen lo que quieran. En la estrategia de Humanización, porque esta está en vigor y tiene voluntad de continuidad, yo creo que hay un problema que habría que darle una vuelta también. Es que está muy pensada otra vez en el sistema sanitario como un lugar de ingreso, porque la base de toda la red de estrategia es evitar que las personas que están en un mundo ajeno al suyo (MURMULLOS). Un segundito, es que me ha parecido muy significativo: «Una ciudadanía que se encuentra en un mundo ajeno a su entorno natural y en situación de vulnerabilidad». El ir al centro de salud no es estar en un mundo ajeno a su entorno natural, ni es una situación de vulnerabilidad, es al contrario, es un signo casi de confianza.

Yo me acuerdo de que hace muchos años se hacían aquellos informes comunitarios de zona de salud que participaban el Ayuntamiento, los sindicatos, el centro de salud, las aguas de nosequé, unos documentos que se dejaron de hacer porque eran otros principios y daban una radiografía del pueblo, del barrio muy interesante. Yo creo que el centro de salud es un lugar no de riesgo ni de vulnerabilidad, ni de desconfianza, ni ajeno. Ahora, si pensamos en el hospital, sí que es un lugar ajeno al que no se suele estar, sí que es un lugar que me puede desorientar, sí que es un lugar que tiene sus horarios y sus espacios distintos, pero yo creo que a eso también habría que darle alguna vuelta. El ámbito de Primaria es un ámbito amable, es un ámbito cercano, de confianza, empático y hay que aprovechar eso.

Como ven, mis reflexiones son muy micro, muy de lo que a mí me interesa —entre comillas— e investigo, pero yo creo que muchas son compatibles con lo que el señor Freire ha planteado muy bien. A partir de aquí no sé si...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Uribe. Ha sido un placer, la verdad, yo no he parado de coger notas en las dos intervenciones. Vamos a dar el turno de palabra a los diferentes portavoces de los grupos parlamentarios. Saben que el tope son siete minutos. Prima sobre todo lo que sean comentarios o preguntas a los expertos, que para eso están aquí. Damos un tiempo de siete minutos al señor Ansa, portavoz del grupo Navarra Suma.

SR. ANSA ECHEGARAY: Buenos días. Muchas gracias, señora Presidenta. Por parte de mi grupo, por supuesto, quiero agradecer todas las aportaciones que se han hecho por parte de los dos ponentes. He tomado varias notas sobre lo que se ha comentado. He de decirles que por parte de mi grupo por ahora no tenemos nada más que aportar, así que muchas gracias por sus intervenciones.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Ansa, por la brevedad. Comparezco, yo además de Presidenta soy la portavoz del grupo parlamentario socialista, o sea, que aprovecho e intervendré ahora mismo. Simplemente, en primer lugar, para agradecer las dos intervenciones. Ha sido un placer escucharles hoy aquí. Nos han dado mucha luz a mi entender en algunos temas que, efectivamente, estaban algo o poco esclarecidos, algo opacos, tanto en la vieja ley como en la futura ley foral o ley de ordenación foral del sistema sanitario, como queramos llamarla.

Empezaré por comentar un poco lo dicho por el señor José Manuel Freire. He podido leer la Ley 11/2017 del 22 de diciembre del Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias de Servicio Madrileño de Salud que usted orquestó y que fue aprobada por unanimidad, como usted ha apuntado en la Asamblea de Madrid. Es una ley que la verdad es muy novedosa, me ha llamado mucho la atención que incluye de forma novedosa, como he dicho, que la selección de personas para ocupar puestos directivos se realice por medio de una convocatoria pública de proceso selectivo, que es algo que no se hace, a mi entender, en ninguna comunidad ni en ningún sistema sanitario a nivel nacional. Además, se hace con una convocatoria pública en la que se deben acreditar requisitos de titulación universitaria, capacidad, mérito profesional, igual que prácticamente lo que se hace para un concurso u oposición, a los que muchos de aquí nos hemos enfrentado.

Esto no está incluido en la ley foral antigua, ni tampoco en el boceto que tenemos ahora de posible ley foral. Este concepto nos parecen muy novedoso. Ustedes sí que lo han incorporado en Madrid. Le voy a hacer la siguiente pregunta, ¿sería necesario incluirlo en esta nueva Ley Foral de Salud? ¿Por qué cree que es mejor este sistema de acceder a estos puestos directivos y si sería necesario incluirlo en esta nueva Ley Foral de Salud?

Le voy a hacer también otra pregunta, quiero ser breve para no consumir el tiempo. La otra pregunta que quería hacerle es, efectivamente, ese concepto de Juntas de Gobierno que yo no lo he encontrado aquí en nuestro sistema sanitario navarro, a ese concepto de Juntas de Gobierno, porque nosotros tenemos el Consejo Navarro de Salud, pero es otra cosa, a mi entender, a lo que ustedes denominan como Juntas de Gobierno. También creo que es un concepto bastante novedoso dentro de lo que es la gobernanza de un sistema sanitario.

También le voy a hacer la siguiente pregunta, si deberíamos incorporar a esta nueva Ley Foral de Salud este concepto de Juntas de Gobierno, cómo lo podríamos imbricar dentro de nuestro sistema de ordenación de gobernanza Navarra. Igual son muchas preguntas, no lo sé.

Ahora voy a ir a al señor, al experto, señor Uribe, que también me ha parecido un placer poder escuchar cuántas veces hemos hablado de esa salud comunitaria. Se nos ha llenado la boca a muchos de los que estamos aquí hablando de ese concepto de salud comunitaria tan necesario. A mí me gustaría preguntarle cómo, efectivamente, ni en la vieja ley ni en ese concepto o boceto de la nueva aparece como tal cómo podríamos desarrollarlo, —ya lo sé que es una pregunta un poco compleja, un tanto compleja— cómo usted cree, desde su punto de vista de experto, cómo podríamos desarrollar ese concepto de salud comunitaria, tan necesario hoy en día, con esa brecha que tenemos entre la asistencia sanitaria y la familia. Hay una brecha, una sima, hoy en día y lo estamos viendo sobre todo los profesionales sanitarios. ¿Cómo podíamos reflejarlo en esa nueva ley?

Uno de los principios rectores es la universalidad de la Ley Foral de Salud. Debe ser la universalidad y así queda reflejado tanto en la vieja como la nueva. Toda la población debe beneficiarse de las actuaciones sanitarias, independientemente de su cobertura sanitaria o el nivel de aseguramiento. Le voy a hacer una pregunta muy importante, que también se la hice a otros los expertos en la anterior Comisión. ¿Cómo cree que se podría asegurar que la atención sanitaria sea universal a toda la población inmigrante en esta nueva Ley Foral de Salud? Ya sé que es difícil esta pregunta.

También sabemos que por su experiencia en el tema con los inmigrantes, también la población inmigrante es la que menos actuaciones preventivas recibe. Lo sé, porque usted ha publicado en relación con este tema. ¿Cómo se podría asegurar también en la nueva Ley Foral de Salud? Creo que también es una pregunta difícil, pero creo que también deberíamos asegurarlo.

Luego, también le quiero hacer otra pregunta, igual son muchas, pero... La humanización, efectivamente, el capítulo de humanización en la nueva ley tiene que estar reflejado. ¿Cómo podemos hacer que esta digitalización del sistema sanitario sea humanizada? También es importante esta pregunta a nuestro entender para el Partido Socialista de Navarra.

Muchísimas gracias. No quiero robarles más tiempo porque los importantes son ustedes aquí. He de decirles que, desde luego, estamos encantados de recibirles, de consultar y que todas las propuestas que nos hagan las tendremos en consideración. Muchísimas gracias y cedo la palabra a la portavoz de grupo Geroa Bai, la señora Ansa, también por un tiempo de siete minutos. Gracias.

SR. ANSA ASCUNCE: Egun on. Muchísimas gracias, Presidenta, y sobre todo, muchísimas gracias a los dos ponentes, señor Freire, señor Uribe. Comentábamos antes, en el pequeño grupito, que esta Comisión está siendo una de las cosas gratas, porque realmente el poder escuchar a expertos y ponentes que vienen de alguna forma a ampliarnos la mirada a los que luego nos toca hacer otro tipo de funciones. El ampliar la mirada siempre es importante, ampliar la mirada con dos ponentes que han hecho unas aportaciones tan diferentes para un mismo tema yo creo que eso nos va a ayudar y nos va a ayudar mucho.

Yo he coincidido con el señor Uribe mucho en estos trabajos en la universidad y entonces ese lenguaje, esas reflexiones se me hacen muy cercanas y, realmente, yo creo que de todas estas cosas hemos debatido en mayor o menor medida muchas veces.

Se me hace mucho más difícil el tema de la gestión, tal como la ha planteado el señor Freire. Se me hace difícil, pero sí que entiendo muchas de las aportaciones que nos ha hecho. El tema de la gobernanza me ha parecido clave y me parece sumamente difícil abordarlo, porque es cierto que esta idiosincrasia nuestra patria, tiene sus tiene sus matices, vamos a dejarlo ahí, es complicado, me parece muy importante.

Otra cosa es que estamos viendo sistemáticamente en estas labores de acercamiento, cómo podemos dotarnos de un marco mucho más ágil y también que dé respuesta a lo que decía el señor Uribe, que dé respuesta a todos los cambios sociales que se han hecho en estos últimos años, tiene que ver mucho con que la estructura administrativa no puede ser compartida. Porque necesitamos otra cosa para dar respuesta a los motivos de salud. Esas dos reflexiones me parecen importantísimas.

Me parece muy difícil trasladarlas. Yo comparto con ellos que va a ser muy difícil trasladarlo, pero, dicho esto, creo que sería importante dotarnos de este marco y escucharles realmente nos ayuda muchísimo a poder a poder ponerle algunas. Porque dotarnos de un marco sí es importante, aunque luego no se cumpla demasiado o no se cumpla del todo, pero sí es importante reconocer esto que estamos diciendo los derechos de ciudadanía y los derechos de salud como ciudadanía y entonces hacerlo fundamental.

Yo también voy a hacer preguntas más que entrar a discutir, porque yo espero que ambas disertaciones nos las hagan llegar, porque es cierto que hemos tomado notas, pero tomas notas a vuela pluma y luego se quedan muchos matices en el aire. Con lo cual, yo espero que nos las hagan llegar y que podamos y que podamos tenerlas presentes cuando llegue el momento real de ponernos a decidir qué va a entrar o qué no va a entrar.

También me parece fundamental de lo que ha salido el tema de la Atención Primaria como el eje fundamental. También ahí tenemos una dificultad tremenda, porque llevamos generaciones y generaciones centrándonos en el hospital como proveedor de salud, cuando no es cierto, el

hospital atiende la enfermedad, no provee salud. Pero esto no conseguimos que llegue a la población y que podamos hacerlo de otra manera. Otro marco importante de cómo hacer que la población no solamente sienta el sistema sanitario, que lo siente, sino que cambie a esta forma diferente de afrontar cómo vamos a ganar en salud. Eso también me parece y eso no lo logramos hacer.

Seguimos recurriendo al hospital y seguimos tratando las enfermedades, pero todo lo comunitario, qué nos está pasando con la salud mental. Ese espacio que decía el señor Uribe, entre la familia y todo, la salud mental pasa por ese espacio comunitario y si no, no vamos a poder resolverlo, no hay psicólogos ni psiquiatras en el mundo suficientes para atender lo que nos está pasando y hemos desatendido mucho eso.

Ya con esto acabo, simplemente. También hemos atendido mucho, decía el señor Uribe, el tema de la información y la alfabetización en salud. Eso lo hemos dejado también al albur de que se vaya produciendo. Las redes sociales producen un poquito, pero poco de esto realmente. Eso también lo hemos ido abandonando. Tenemos muchas cosas que podían estar recogidas en la ley y que las hemos ido dejando por la premura, las urgencias, la pandemia y todo lo que sea. Pero como no retomemos todo ese, todas esas cosas que hemos dejado de hacer, se nos va a comer la enfermedad y no vamos a poder atender a la comunidad.

Yo solamente dos cosas. ¿Qué errores no podemos, no debemos cometer a su juicio, qué errores no deberíamos hacer? ¿Qué escollos creen que pueden ser más frecuentes o más duros de entrarles desde su experiencia? Algo para el señor Freire más concretito, de toda esa foto que nos ha hecho de los países más desarrollados, ¿qué parte escogería de cada sitio? Vamos a ver si podemos empezar a acotar, qué partes. Con eso, luego si hay un poco más de debate, hablaremos. Muchísimas gracias a los dos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señora Ansa. Damos la palabra al portavoz de EH Bildu, señor González, por un tiempo de siete minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, mahaiburu andrea. Eguerdi on, buenos días a todos y a todas. Primero, quiero agradecer desde luego las aportaciones. Me parece que, como ha dicho la señora Ansa, nos permite tener una visión un poco más general, más global y holística de lo que afrontamos.

Luego he de reconocer que, por lo menos, el interés de iniciar este debate era el ser conscientes de que estábamos viviendo unos retos en la Sanidad Pública que no se estaban afrontando, que estaban bloqueando la capacidad de atender las necesidades de la población y que, de alguna forma, teníamos que hacer una reflexión conjunta y ver dentro de nuestras posibilidades cómo podíamos afrontar esos problemas y qué soluciones podíamos poner encima de la mesa.

Para nosotros, yo estuve en un foro, creo que era Consejero de Salud de Extremadura y el Consejero de Salud de Galicia, y me dejó realmente preocupado la conclusión a la que llegaron los dos. Era que se reconocieron mutuamente que el PSOE Galicia acusaba al Gobierno de la Xunta de Galicia de lo mismo que la oposición en Extremadura acusaba al Gobierno de la Junta de Extremadura. Es decir, los mismos problemas de salud, las mismas ineficacias... Y yo sí que les comenté, dije: «Sí, pero ante eso que parece que solo estamos gestionando unas

competencias que desde el Estado se nos han transferido, también tendremos capacidad de reflexionar y analizar los retos o los problemas con los que afrontamos y plantear soluciones en nuestras propias comunidades, que tienen también sus rasgos específicos por dispersión, por idiomas...». Eso es lo que yo eché en falta, es decir, esta falta de una visión propia de la salud de sus propias comunidades y de los frentes que tenían o de los problemas que tenían que afrontar. Por eso me pareció que era importante.

Luego, obviamente, porque tenemos una Ley foral de Salud que necesita que se adapte a lo que es la normativa europea, porque necesita ciertos ajustes, porque, además, creo que, por lo menos por parte de nuestro grupo, nos gustaría afrontar también soluciones a problemas o a cambios en el modelo que han venido desde el Estado. Es decir, tenemos una ley foral que tiene ese sesgo neoliberal que Thatcher impuso un poco de la diferenciación entre proveedores o financiadores y proveedores de salud que a nosotros nos preocupaba.

Luego la 15, yo creo que la Ley 15/1997 que también hacía esa diferenciación a nivel estatal, pero luego salió el Real Decreto del Partido Popular de Mariano Rajoy en el 2012 que acababa con la universalización de la salud. También desde Navarra intentamos buscar alternativas para garantizar que toda la población o todas las personas que vivían en Navarra tuviesen garantizada una asistencia sanitaria equitativa. Todo eso nos generó unas respuestas por parte de la Administración Central que nos bloquearon ciertas leyes, ciertas medidas y que veíamos que todo eso todavía seguía sin solucionarse. Creíamos que tenía que ser a través de este tipo de herramientas de donde poder hacer frente de una forma más integral.

Creíamos que tanto la equidad, esa diferenciación de las zonas rurales y urbanas de la población migrante no regularizada... Aquí tenemos siempre problemas con las facturaciones que se mandan a todas estas personas, que no tienen un efecto económico, pero sí que me generan angustia y un efecto disuasorio, que probablemente muchas patologías y atiendan con muchísimo retraso y eso empeore tanto el diagnóstico como el coste de la atención y que creíamos que hay que corregirlas.

Veíamos muchísimos frentes, por eso planteamos, yo creo que llevamos media legislatura planteando hacer una nueva ley foral y ante la situación de estar en la recta final de la legislatura, nos centramos en principio rectores, porque creíamos que igual era lo más fácil de consensuar entre los grupos. Pensábamos que podía ser lo filosófico, lo más compartido. También pensando un poco, como decía el señor Freire, en el sentido de que somos conscientes de que tenemos que hacer algo que le pueda servir tanto a Navarra Suma como Euskal Herria Bildu como a Izquierda-Ezkerra como al PSOE. Porque creemos que eso es básico.

Desgraciadamente, si no tiene en cuenta eso, lo que se encuentra luego esas leyes que han preparado, no se cumplen. Si no se cumplen, no sirve. Entonces, preferimos tener una ley que pueda tener aplicaciones diferentes, pero que tenga garantías.

Muchas veces el incumplimiento de estas normas por parte de los funcionarios, de la tecnoestructura esta, que a veces secuestra incluso a los Gobiernos, a las Consejerías, yo tengo varias experiencias tremendas con eso, de decisiones gubernamentales que se han paralizado porque el funcionario de turno ha dicho: «No, esto no se puede hacer porque tenemos este problema, este problema, este problema y creo que es mejor que lo intenten, porque si no, lo

recurrirémos, y lo paralizan. Afortunadamente, cada vez me sucede menos, pero al principio de las transferencias sí. Entonces, creo que hay también que en estas leyes tener modelos de protección, de garantía de cumplimiento de las leyes. Creo que eso lo echamos en falta. Que se generen responsabilidades a las personas que incumplen estas leyes.

Luego, para mí, para nuestro grupo por lo menos es fundamental también modelo de gobernanza transparente y desde luego profesionalizado. Creemos que los errores que se han cometido a lo largo de estas décadas, que cada vez que cambia un gobierno, incluso siendo del mismo color, había una debacle de puestos de responsabilidad, no ya de primera o de segundo nivel, sino de tercero y cuarto.

Yo recuerdo, yo he trabajado muchos años en un hospital comarcal y la jefa de servicio de Enfermería necesitaba nombrar a su equipo de jefas de unidad o de supervisoras de cada una de las unidades asistenciales. Yo decía: «Esto no puede ser. No puede ser que cada cuatro años tengamos una debacle organizativa que cuesta un año volver a ponerse en marcha».

Creemos que hay muchísimo trabajo por hacer, creemos que es importante. Aspectos como, ahí la Antropología médica tiene mucho que hacer en cuanto a aspectos culturales que se están viviendo. Sobre todo en zonas donde la población migrante llega muchísimo y en la zona de la Ribera, que soy yo, el 25 por ciento de la población ya es migrante, casi toda de la zona del Magreb africano. Creo que también hay que tener en cuenta ese tipo de situaciones, porque recuerdo una sesión de trabajo nos planteaba poner música en las UCI, la musicoterapia y tal. Les dije: «Tengan en cuenta que para ciertas religiones el diablo entra por la música. Van a tener a alguien en la UCI, le ponen a Bach y automáticamente piensa que está en el infierno y que vienen a por él». Creemos que esas cosas hay que tenerlas en cuenta. Que la ley debe ser lo suficientemente hábil como para, esos problemas que nos vamos a encontrar, tenerlos previstos y por lo menos herramientas para poder encauzarlos.

Luego pregunta, sí que me gustaría. Yo creo que cuando se hizo la otra intentona de sacar esta ley adelante, vino un representante, yo creo que era de Suecia, y nos hizo una exposición bastante interesante, porque allí había una dinámica de ir reduciendo los centros hospitalarios. Además, una forma de trabajar bastante distinta. Ahí sí que me gustaría saber si esos modelos que se conocen son interesantes.

Entiendo que hay riesgos. Al final la salud es un entorno donde los *lobbies* de presión existen, igual que en todos los entornos empresariales. Tenemos a los profesionales, que tenemos nuestros intereses, tenemos a las empresas farmacéuticas de tecnología médica, que también tienen sus intereses. Creemos que hay que formar a, tener un sistema de formación y de actualización de conocimientos que intente evitar esa influencia, por lo menos limitarla lo máximo posible. Yo creo que en Francia se hizo una norma para intentar regular esa influencia de los entes, de estas entidades, que hacen su labor y que tiene aspectos positivos y que cuando se habilita una tecnología nueva y forman a nuestros profesionales, encantados de la vida, pero creemos, que de alguna forma, eso se tendría que regular.

Luego, me gustaría saber también, yo soy defensor del sistema francés, en cuanto a la alta escuela de dirección francesa, me parece que es un modelo interesante que se podría aplicar aquí, porque eso ayudaría a profesionalizar, pero luego sí que tengo problemas con los sistemas

de ingreso porque, al final, los modelos que se han impuesto también tienen un sesgo social importante. No todo el mundo se puede permitir a veces dedicarse dos años a prepararse unas oposiciones. Creo que ahí hay también, no sé qué modelos hay en otros países.

Luego si esas esas plantillas hay algunas en algunos países, que el personal propio del centro o de la zona no tiene la capacidad que tienen aquí los estatutarios de moverse por todo el sistema. Con lo cual, creo que a veces a esos centros, sobre todo a los que son comarcales, que no son los centros de referencia, se les está haciendo una competencia desleal. Se pierden muchos profesionales y se pierde mucha posibilidad de desarrollar modelos de gobernanza propios para esos centros porque los grandes centros se te lleva toda la gente con más experiencia. Creemos que ahí también habría que darle algún tipo de solución. Quiero agradecerles, tendría muchísimas más preguntas, pero quiero agradecerles sus aportaciones.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor González. Damos la palabra al portavoz del grupo Podemos Ahal Dugu, señor Buil, por un tiempo de siete minutos. Gracias.

SR. BUIL GARCÍA: Gracias, Presidenta. Gracias también al señor Uribe y al señor Freire por todas las aportaciones. La verdad es que son importantes y, además, han traído tres o cuatro cada uno importantes, no muchas, eso está muy bien.

Han empezado con una crítica a la politización de la política sanitaria. En este sentido resulta interesante que una persona, que ha tenido cargo político también, venga y nos lo plantee. Parece importante que estos cuatro niveles que se modifican cada cuatro años y que verdaderamente interrumpen cualquier proceso de liderazgo, de trabajo, de transformación. Nos encontramos, efectivamente, con una ley que también apunto, señor Freire, que es necesario revisar para ver qué se ha cumplido y qué no se ha cumplido y lo que no se haya cumplido ver si lo incorporamos o no lo incorporamos, por qué no lo incorporamos. Esa revisión también habría que hacerla.

Yo, desde luego, de la intervención del señor Freire no tengo muchas preguntas, porque yo, personalmente, no pertenezco al Estatuto Sanitario. Yo soy más del ámbito social y sí que me parece de sentido común lo que usted plantea. Yo creo que si obtuvieron consenso en la Comunidad de Madrid o en el Ayuntamiento de Madrid para despolitizar este asunto en la comunidad, por aquí parece que algunos grupos nos manifestamos también a favor cuando menos de que no haya una irrupción tan poderosa de los partidos y de sus propios programas en la política sanitaria, protegerla de alguna manera.

Usted ha dicho, la calidad al final está vinculada a la propia calidad democrática porque es un sistema público y, de alguna manera, es cierto. Aquí nos da dos recomendaciones que apuntamos respecto a la participación en la gobernanza, al consenso necesario para poder llevar a cabo esto, que no es fácil. Porque, claro, si estamos haciéndolo de una forma política es porque tenemos perspectivas políticas diferentes respecto a lo público, respecto a lo privado, respecto a la tecnología o al trabajo comunitario. Respecto a dónde ponemos más el énfasis. En ese sentido, es evidente que haría falta no sólo un consenso político, sino un consenso con todos los agentes. También esa parte que apunta de diferenciar la función pública de una forma diferente.

Aquí es donde nosotros, si en algo hacemos énfasis en estos años que estamos hablando del sistema de salud, es en la necesidad de la incorporación de otros perfiles, de otras figuras. La potenciación, por ejemplo, del trabajador social o trabajadores sociales cuando hablamos de tratar la dependencia, de valorar los apoyos familiares que tiene. Se están incorporando otro tipo de figuras como la Psicología, como la Fisioterapia, de alguna manera quitar la exclusiva del sistema educativo solo al ámbito facultativo y a la cultura que tiene más que ver, y perdónenme las médicas y las médicas que están aquí, más que ver con una cultura igual más farmacológica o que lo que entiende es que, de alguna manera, la enfermedad es ausencia de dolor, pues no. Yo aquí comparto con el señor Uribe que, desde luego, la salud es algo mucho más integral y que el hospital o la Atención Primaria es la última parte del proceso y en la que podemos y debemos intervenir.

Eso sí, los retos que se plantean, la única pregunta que les voy a hacer es el cómo. Porque, evidentemente, es necesario conectar derechos sociales clave para mantener, para hablar de salud en el espectro ya más global, no hablando de reordenación, sino de salud y educación. Pero es que son tradicionalmente departamentos que tienen incluso lenguajes diferentes. O sea, que no se comunican bien. En ese sentido, no sé cómo desde esta ley podríamos abordar el proceso de enfermedad, si me apuran, desde su origen, que lo tiene mucho más anterior a cuando recibimos en el sistema sanitario. Lo ha dicho la portavoz de Geroa Bai, si no trabajamos allí, al final no vamos a poder solventar, por muchos psicólogos que pongamos en la Atención Primaria o en la especialización, no vamos a poder soportar porque no hemos incidido donde teníamos que incidir.

Nosotros, por ejemplo, estamos haciendo una iniciativa desde hace unos meses en relación con el calor, que la conocen todos de maravilla y que hemos vuelto a repreguntar. El calor se ha llevado por delante un exceso de mortalidad de ciento veinte personas según el MoMo este verano. Nosotros le pedimos a Salud Pública que, oiga, estúdielo, dé pautas y que sean transversales. O sea, qué vamos a tener que hacer desde Urbanismo hasta que tenga esa autoridad necesaria para hacer transformaciones transversales. Aquí, hablando de cambio climático, creo que todos estamos de acuerdo que es necesario un empuje importantísimo para prevenir lo que lo que pueda venir en este sentido.

Lo que quiero decir con todo esto es que la salud, de alguna manera, se la tenemos que quitar un poco a los médicos. (RISAS). Perdónenme. Y tenemos que integrar la salud en todo lo demás. A mí me encantaría saber cómo la renta garantizada navarra ha mejorado la salud de la población, por ejemplo. Cómo la ha mejorado, es difícilísimo de saber.

Quiero terminar con una observación que me lleva a todo este ámbito comunitario más global y esa necesidad de estudio y de investigación, la necesidad de disponer de datos y de que los datos sanitarios se incorporen a los demás departamentos. Esto es lo que les digo con cómo ha mejorado la renta garantizada o cualquier otra política que hayamos desarrollado la salud y que, de alguna manera, quede imbricada la salud como algo transversal dentro de todas las políticas de bienestar social entendido en un amplio margen.

Sin más, eso es lo que yo quería aportarles hoy. No tengo mayores preguntas más allá de la que les planteo de cómo haríamos para que el sistema de salud vaya avanzando hacia una concepción de salud que sea integral y que tenga su reflejo en nuestra Administración, con unas

relaciones fluidas y unas acciones conjuntas entre los diferentes departamentos que se encargan del bienestar humano. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Buil. No vamos a hacer receso porque estamos ya en unas horas alargadas. Además, yo creo que los comentarios van a ser importantes. Doy la palabra al señor Freire para que comente un poco las preguntas que se han hecho y posteriormente al señor Uribe.

SR. FREIRE CAMPO: Muchas gracias por sus comentarios y por sus preguntas. Dadas Las horas, necesariamente tendré que ser muy telegráfico y breve. En relación con la pregunta de la Presidenta, de la doctora Fanlo, sobre la ley de Madrid, no lo he mencionado, pero quiero ponerles contexto. La ley de Madrid hace relación a centros y organizaciones de Servicio Madrileño de Salud, lo que serían los hospitales, áreas de salud, centros de salud, etcétera. Básicamente, lo que incorpora son las recomendaciones que en su momento se hicieron para esta comisión, que presidió el profesor Cabasés de aquí, de la Universidad de Navarra, sobre el Buen Gobierno a la Sanidad Vasca, que fue una comisión que encargaron en 2010.

Lo que hizo esta comisión fue básicamente ver qué hacen los países que hacen las cosas mejor y ponerlo a macha, sencillamente. Lo que incorporó, los temas en los que ha insistido, órganos colegiados de Gobierno, el equivalente a Consejos de Administración, llamémoslo Juntas de Gobierno porque en el sector público hablar de Consejos de Administración a algunas personas les puede repugnar, pero esto fue. Pero ahí no hay que confundir con Consejos de Salud. Un Consejo de Salud es asesor, es un lugar donde se escucha. Consejo de Gobierno aquí, eso es, Consejo de Administración, es el nivel máximo de autoridad de una organización. Así es también el Consejo de Administración, en concreto Madrid tiene el Servicio Madrileño de Salud también.

Les he de decir que, efectivamente, esta ley es tremendamente innovadora y rompedora. Me ha tocado explicarla en algunos sitios y cuando la he tenido que explicar he recurrido a esa metáfora que utilizan los que están dedicados a analizar la seguridad del paciente. ¿Por qué se produce un evento adverso en un hospital? Ponen la metáfora del queso suizo, esos quesos que tienen grandes agujeros, que en un momento dado se alinean los agujeros. Por eso salió esta ley absolutamente insólita, tan insólita que no se cumple. He de decirlo con tristeza. Se produjo en un momento en que ningún partido tenía mayoría, en la Comunidad de Madrid, fue una iniciativa en la que todo el mundo aparentemente estaba de acuerdo, pero esto es un comentario respecto al papel de las leyes.

Las leyes cambian cosas, a veces, pero decididamente las leyes que no concuerdan con la cultura ambiental dominante terminan no cumpliéndose. Esta es una ley que, yo le comento a mi hija médica, se cumplirá cuando sus nietos empiecen a tener uso de razón, pero se cumplirá, no me cabe duda. España, las comunidades autónomas, la Sanidad Pública española, la sociedad progresa, mejora en su calidad democrática e institucional y algún día haremos las cosas igual que lo hemos hecho en otros ámbitos. Acabamos de incorporar la Ley de la Whistleblowing de denunciante. Les puedo decir que la incorporamos también en una ley madrileña, me tocó hacerla en 2015, pero todavía no madurará. Estas cosas maduran., esto es, la Junta de Gobierno es Consejo de Administración.

Por cierto, es innovador, pero a veces innovar es retomar las cosas que se hicieron bien en el pasado. Los hospitales de la Seguridad Social tenían Juntas de Gobierno, y los hospitales provinciales tenían Juntas de Gobierno.

Muy importante el tema de nombrar un Consejo de Administración que no nombra al gerente, es un Consejo de Administración sin poder, porque el Consejo de Administración tiene un solo empleado. Por cierto, en el debate de esta ley fue muy importante el papel de la letrada que teníamos asesorando sobre aspectos en los que no tenía. Muy importante, en el Consejo de Administración hay distintas culturas corporativas, pero el Consejo de Administración solo tiene un empleado, que es el gerente. El gerente da cuentas y recibe instrucciones. Cómo no le va a nombrar, porque si no le nombra el gerente hace pase foral a lo que diga el..., esto es obvio. Es incorporar al sector público la práctica habitual de la buena la gobernanza corporativa, organizaciones públicas y privadas. Esto nos llevaría lejos y cuando tengan el tema, hablamos de ello.

Lo que ha planteado la doctora Ansa, qué errores no debemos cometer. ¡Santo cielo! Lo saben ustedes mejor que yo. Uno de ellos sería una ley que no incorporará los principios básicos de la gobernanza, que no tuviera en cuenta esto que plantea la Comisión del Congreso, que son órganos colegiados, profesionalización de la gestión. La gestión no es profesional porque se convoquen oposiciones, no, es una manera. Les recuerdo, Banco de Inglaterra, NHS británico, hacen convocatorias públicas. Cuando leyeron mi trayectoria mencionaron mi presencia en el Consejo de Dirección de una institución universitaria portuguesa. Convocamos para el director anuncios en periódicos extranjeros. Entrevistamos, el Consejo de Administración de esta institución, a candidatos suecos, holandeses, portugueses... No es novedoso, es cómo funciona el mundo.

Por otro lado, es muy importante también hacer esto, la comunidades autónomas son pequeñas. Navarra, con todos los respetos, es un barrio de Madrid. No podemos cocernos en la propia salsa. Tenemos que traer gente de lo mejor que haya por el mundo, venga de donde venga. No hay ninguna otra manera de hacerlo que hacerlo público, transparente. Sé que es otra cultura, pero algún día las cosas funcionaran así, si es que las cosas van a funcionar mejor.

Escollos, los ha mencionado usted todos. Esto cambia las relaciones de poder. Esto cambia el modo de funcionar, es otro ecosistema de gobernanza y marca otras prioridades y otro funcionamiento político, esto es otra cosa. Entonces, por cierto, no es tan exótico, es como funcionan en otros lugares y no les va mal.

Algunas cosas, ¿qué parte de cada país? Es complicado. Me acuerdo una vez que me plantearon esto, cuando Checoslovaquia era todavía Checoslovaquia. Entonces, qué sistema sanitario de cada país. Yo si la cosa va de gestión pública integrada, me gustaría ser sueco, porque allá lo público funciona bien. No me gustaría ser italiano del sur, por no decir ninguna comunidad española. Sin embargo, como señor de a pie, a Francia les va muy bien a los francesas. Como ciudadano de a pie no tienen listas de espera, tampoco los alemanes. Hace poco, un señor importante para la economía española me invitó a dar un paseo por El Retiro de dos horas para explicarme por qué España no puede tener un sistema sanitario como Francia o Alemania. Ahí lo dejo, es un debate interesante, valdría la pena otra sesión. No da tiempo. Pero plantea una cuestión: este es un sistema para los ciudadanos.

Lo que ha planteado el señor González Martínez, ha planteado cantidad de cosas, es casi otra sesión entera. Cuando menciona esto del PSOE y el PP a Extremadura, nos tocaría a hablar de en qué mundo político vivimos y de la dialéctica Gobierno-oposición. Yo he sido diputado, he sido Consejero y luego diputado. Sí les puedo decir que jamás se hizo una oposición que no fuera propositiva de análisis, pero es parte de la cultura que debemos gestionar y tener.

Ha planteado luego claramente el tema de equidad, ninguna duda: sanidad universal. Ninguna duda al respecto, pero incluso por egoísmo de la sociedad queda esta sanidad en temas de salud pública. Menciona consenso, vamos a ver, tenemos distintas cosas. Yo estoy en contra, puedo argumentar en contra de un pacto sanitario, un pacto educativo. Sacamos del juego. Es como si se ponen de acuerdo dos compañías de automóviles para precios. Somos distintos, cada uno tiene, por así decirlo, su mercancía ideológica, electoral, sus propuestas, pero en qué tenemos que estar de acuerdo, en las reglas del juego.

Cómo elegimos a un director de hospital, cómo... Esto es la regla de acuerdo. Por eso, no en otras cosas, son mundos distintos de ver la vida, pero las reglas de juego debemos consensuarlas. Esto es lo que intentamos hacer en Madrid con la Ley de Buen Gobierno. Las reglas del juego, pero otras cosas no. Es que hay maneras distintas de ver la vida, incluso entre sectores, por ejemplo, desde la socialdemocracia de la izquierda.

La Ley de Salud Bucodental de Madrid tuvo la abstención cariñosa de Podemos, porque teníamos igual que el PADI de Navarra a dentistas privados. Hay alguna gente que piensa que todo lo privado es malo. Un servicio es público cuando está financiado públicamente, no cuando son funcionarios los que lo dan, esto es básico, si no, los franceses, alemanes y holandeses, pobrecitos, vivirían en la indigencia más importante de servicios públicos. Esto sé que choca con ciertos mecanismos de nuestro entorno, pero es parte de la realidad y es bueno tocarlos.

Sobre la gobernanza muy de acuerdo, la gobernanza es transparencia, control y rendición de cuentas, todas estas cosas. Sin esas estructuras, a saber. Esto es necesario, no es suficiente. Es necesario, son necesarias ciertas estructuras de buena gobernanza, pero para que funcionen se necesita saber. Es como en estas máquinas, estas *hardware* sin *software*, y el *software* qué es, los valores sociales, las reglas que se cumplen. Si hay un Consejo de Gobierno de Osasunbidea, que se reúna, alguien tiene que decir este tipo de cosas.

Esto me lleva a otro tema que no sé quién lo ha planteado, por aquello y es... Ah, sí, usted también, el cumplimiento de las leyes. Es asombroso, leyes que no se cumplen y no pasa nada. Lo estamos viendo ahora, no solamente Poder Judicial, la Ley de Buen Gobierno de Madrid no se cumple. Entonces, esto es parte de cultura democrática y no sé si hay alguna ingeniería jurídica que lleve a, no lo sé, pero esta es una realidad a mi entender sorprendente y lamentable y que merecería más atención de la que le damos.

Muy interesante el caso sueco, valdría la pena. El subsistema político de los condados suecos, prácticamente es un sistema político dedicado únicamente a la Sanidad, porque el 90 por ciento del presupuesto de lo que ellos llaman condados son Sanidad. Muy interesante el papel de los diputados en ese marco, ha mencionado lo de Suecia. Conflictos de interés es una de las cosas básicas, le recomiendo, por ejemplo, toda la regulación de conflictos de interés de Alberta, alguna de las políticas de Canadá, sería una de las cosas más interesantes de ver y de hacer.

Respecto a cómo avanzar en esto, yo vuelvo a decirles en el documento, porque además aquí hay elementos, el documento del Congreso de los Diputados tiene muchísimas claves.

Mencionó Francia, el papel de las altas escuelas, etcétera. Francia lo que yo creo tiene interés es que estamos en un sistema administrativo, actualicemos las normas, cumplámoslas. En concreto en el personal sanitario, yo creo que España, no solamente ustedes en Navarra, con la cosa funcionarial, el Estatuto Marco de España, que, como saben, no está desarrollado desde 2003. En fin, tiene el sistema de personal, sería otra sesión entera. Valdría la pena. Por cierto, el personal es el activo claro del sector sanitario. En Navarra si yo tuviera que decirles algo exploraría creación de la función pública sanitaria en Navarra. Ustedes lo pueden hacer. Navarra tiene ventajas. Ustedes tienen la capacidad de ser el faro de España en cantidad de avances que en otros lugares... Tienen universidad, en fin, ese tipo de cosas.

Por último, señor Buil, de nuevo el consenso en las reglas de juego, lo ha mencionado, consenso en las reglas de juego. En lo demás, diversidad y educación y respeto mutuo, pero las reglas de juego sí valen la pena. Mencionaba función común, ya lo he comentado. Sobre el cómo, es una mezcla en la que cuentan las relaciones personales, en la que cuentan la cultura política, la no adversariedad, el implicarse. En fin, no tengo nada...

Luego una cosa muy importante al hilo de algo que usted ha comentado, política sanitaria basada en la evidencia, basada en datos. Ustedes tienen, me voy a referir al profesor Uribe, tienen una universidad potente. Antes les he citado el profesor Cabasés, que fue director general conmigo en el País Vasco, presidió la Comisión de Buen Gobierno, es catedrático aquí, puede que esté jubilado, pero tiene la cabeza bien armada. Pregunten cosas, pregunten cosas, subvención en estudios, encarguen evaluaciones, financien tesis doctorales sobre lo que hay aquí.

Una cosa muy importante también en relación con eso. Pongan los datos a disposición de la gente. Ha mencionado Suecia, Suecia tiene un instituto, le llaman en sueco Socialstyrelsen, lo traducen como el Consejo de Bienestar Nacional. Todos los datos están ahí. ¿Cómo aprendimos en el mundo a poner prótesis cementadas? Por los datos suecos. Navarra, casi 700.000 habitantes. Ustedes podían ser el laboratorio de Epidemiología Social, Epidemiología Clínica de España y de Europa. Tienen cabezas para ello. Nada más por mi parte. Muchas gracias.

SR. URIBE OYARBIDE: A nivel telegráfico, obviamente, pero quería señalar dos cosas. Por una parte, varios intervinientes han preguntado algo que me preocupa de mi intervención, que es que las cosas no se arreglan con más psiquiatras y más psicólogos, no, no, la salud comunitaria no es psiquiatrizar la sociedad, es meter como piezas fundamentales actores y actrices que no son sanitarios, que son educadores sociales... Por tanto, salud comunitaria cómo se hace. Cuando se sale del centro de salud física y mentalmente sobre todo y se va a trabajar con parte de la población, parte del barrio, ahí estamos haciendo salud comunitaria.

Hay muchos niveles. Yo he puesto el ejemplo de las asociaciones de ayuda mutua, pero también la Administración ya lo intenta. Lo que pasa es que hay que salirse del discurso biomédico. El discurso biomédico es un discurso muy contrastado, históricamente muy reforzado y que redefine cosas que no tendrían por qué ser médicas. Hay un movimiento, que no es momento

de explicarlo, cómo las especiales medicas van creciendo captando realidad social. No son problemas sanitarios, medicalizan cuestiones sociales.

Hablaban de Suecia. Hace poco vino una iniciativa vinculada, como decía el ponente de Podemos, del sistema de salud mental sueco que está desinstitucionalizando muchísimos de los centros de ingreso de ciertas patologías mentales. Ese modelo que es un modelo que se basa en vivienda, no en atención sanitaria, en vivienda, en posibilidad de trabajo adaptado a las necesidades del sujeto y de cobertura social es un modelo que se podía hacer también en Navarra, como dice el profesor Freire. Aquí ya todos conocen a Mikel Valverde, que es el que mueve todos estos contactos. Por tanto, desinstitucionalización se puede, sí. La dimensión local que he dicho suele ser un recurso en lugar pequeño como este. Además, con recursos económicos, la dimensión local puede jugar un papel muy importante. En la ley vieja se habla de ello, de manera muy sucinta, muy abstracta, pero convendría darle una vuelta al papel de los ayuntamientos otra vez.

Universalización, por supuesto, como decía la representante de Geroa Bai. Respecto al tema migratorio, que no me ha dado tiempo a comentar más, el tema migratorio, la mayoría de personas tienen dos francos muy interesantes. Por una parte, nos coloca ante nuevos usuarios que plantea, a lo mejor hay que redimensionar servicios, por ejemplo, es lo más sencillo, pero también nos coloca ante nuevas realidades que hay que atender. Por otra parte, también nos genera algo que en Salud se había olvidado hace mucho tiempo, desde los tiempos de las epidemias. Es que la población se traslada, traslada hábitos de vida y también trasladar factores de contagio. Los rebrotes de tuberculosis en España, en Barcelona y Madrid se vincularon a las fuertes migraciones. Los médicos no sabían diagnosticar tuberculosis o enfermedades dermatológicas, porque se habían erradicado. Entonces, quiero decir que esos procesos de universalización de derechos también lo que hacen es nos ayuda al sistema a ver que hay otros elementos que no hemos considerado, que los hemos dado por superados.

Otro elemento último, cuando digo que hay que escapar del discurso biomédico, cómo se escapa del discurso biomédico, o sea, cómo se le coloca en su espacio de competencia, ampliando —y es el error que he comentado— el espacio sociosanitario, haciendo prioridad presupuestaria, por ejemplo, que la figura de los trabajadores sociales o los educadores sociales o fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales tengan un papel.

Hace poco se separó en el Congreso en la última legislatura la condición de profesión sanitaria del trabajo social. Había una comisión, con unos trabajos bien avanzados y se fue al garete. Yo confío en que eso se recupere, no solamente por un tema de plazas laborales para la gente, de mis alumnos y alumnas, sino porque sería darle un estatuto que evita dos cosas que son muy típicas en el sistema sanitario. La psiquiatrización, todo lo que no es biomecánico es psiquiatrizado y, por supuesto, las farmacéuticas, TDAH y todo esto que ya sabemos. La segunda es dar estatuto de presencia a lo social, hablo del trabajador social, que es la figura que me parece más cercana, porque es la que ya está reconocida como agente interventor en el sistema de salud, pero yo creo que eso es fundamental. El error es no hacer prioridad presupuestaria a la tecnología hospitalaria. Hace que sea prioridad presupuestaria la Atención Primaria.

Había algunas cosas más que, como hemos quedado comprometidos en mandar un documento, si acaso a lo mejor incluso en él intento responder a estas cuestiones que se han planteado.

Quiero decir, por último, en la línea que decía el profesor Freire, nuestra investigación que patrocinó el Gobierno de Navarra sobre el uso de extranjeros de los servicios de salud se quedó en un cajón, no se hizo nada, ni tan siquiera se difundió a los equipos porque se daba esa contradicción de un imaginario negativo cuando los datos eran positivos, obviamente eso tiene que ver con la novedad. Al sistema sanitario la novedad lo paraliza, porque entonces la gente no sabe interpretar lo que está haciendo. Por tanto, ante la novedad lo que se responde siempre de una manera muy mecánica, es a la saturación de servicios. Luego no es real.

Otra cosa es que la densidad temporal de una consulta con una señora magrebí de cincuenta años no tiene nada que ver que cuando va mi hermana de veintidós al médico. No tiene nada que ver lo que pasa en ese tiempo, ni temporalmente, ni culturalmente. El esfuerzo que supone de interpretación, de empatía, de ponerse en el lugar no es fácil. No es fácil para nadie. Los temores que hay que desmontar tampoco se daban en otros agentes. Ese es el tipo de cosas que nosotros planteábamos ahí, que es la parte más cualitativa de la investigación, y que se leyó con atención, espero, pero todo un programa que había «docente», entre comillas, ahí se quedó, pero insistiremos. En todo caso, gracias por los comentarios a todos y a todas.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias a los dos expertos. He de decirle al señor Uribe que yo lo he leído.

SR. URIBE OYARBIDE: No, que se leyó sí, pero que se quedó ahí.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Lo he leído y desde luego me pareció también una cosa muy novedosa porque rompía con muchos prejuicios que se habían instaurado. Yo creo que, además, no sería mala idea volver a sacar ese estudio por los vientos de esos prejuicios que estamos volviendo a ver en cuanto a la inmigración en la sociedad y en el sistema sanitario, de que consume recursos más que la población. Eso se desmontó en ese estudio y yo creo que se debería retomar y sacarlo ahora. Yo creo que también serviría bastante.

No quiero incidir más, porque podríamos estar aquí hasta pasado mañana. Muchísimas gracias a los dos expertos. Gracias a todos los portavoces de Salud. Doy por terminada la sesión, se levanta la sesión. Saben que tienen convocada la del día 30 de enero. Muchas gracias. Se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 14 horas y 53 minutos).