DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

X Legislatura | Pamplona, 6 de febrero de 2023 | NÚM. 5

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 6 DE FEBRERO DE 2023

ORDEN DEL DÍA

— 10-22/CIE-00001. Comparecencia del Sr. Rafael Bengoa y de la Sra. Margarita Echauri para informar sobre modelos de gestión en Salud Pública.

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

(Comienza la sesión a las 13 horas y 5 minutos).

10-22/CIE-00001. Comparecencia del Sr. Rafael Bengoa y de la Sra. Margarita Echauri para informar sobre modelos de gestión en Salud Pública.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Buenas tardes, arratsalde on. Vamos a dar comienzo a esta Comisión Especial de Salud para debatir la nueva ley foral. Hoy contamos con dos ponentes excepcionales en esta Comisión. En primer lugar, ambos dos tienen currículum bastante extenso, los voy a intentar comprimir porque si no pues estaremos toda la Comisión hablando de los currículums de los ponentes y voy a intentar resumirlo. Si me dejo algún dato, perdónenme, discúlpenme.

El primer ponente con el que vamos a contar hoy es el señor Rafael Bengoa, médico especialista en gestión, experto en Salud Pública, considerado uno de los padres de Osakidetza, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco, Máster en Salud Comunitaria y Gestión por la Universidad de Londres en Inglaterra. Del 2019 al 2012 fue Consejero de Sanidad y Consumo durante la novena legislatura del Gobierno Vasco, Consejero de Sanidad, ya lo hemos dicho.

En el ámbito internacional ha trabajado unos catorce años en la Organización Mundial de la Salud, donde ocupó hasta el año 2006 la Dirección de Sistemas de Salud. En 2013 asesoró a la Secretaría de Estado de Estados Unidos en la reforma sanitaria. Enseña además también en la Harvard School of Public Health. Desde 2013 es *senior fellow* de la Universidad de Harvard y vicepresidente del programa Horizon 2020 en Salud, Demografía y Bienestar de la Unión Europea. En la actualidad codirige el Instituto de Salud y Estrategia. Bueno, podríamos seguir hablando del amplio y extenso currículum del señor Rafael Bengoa, pero si hay algún dato más que lo diga él que está aquí hoy.

En segundo lugar, la señora Margarita Echauri, también es especialista en Medicina, en este caso Preventiva y Salud Pública, diploma universitario de Prevención, Máster en Epidemiología, experto en Promoción de la Salud en Comunidad. Amplia experiencia profesional en Salud Pública con funciones relacionadas con planificación, gestión de apoyo de servicios de Promoción de la Salud, Educación para la Salud y Orientación Comunitaria, jefatura de Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las políticas durante cuatro años. Ha participado en diseño y desarrollo de múltiples servicios de Salud Pública, apoyo al desarrollo de servicios de Atención Primaria, fundamentalmente en el área de la Promoción y Educación para la Salud.

Ha diseñado cursos y formación de profesionales del Servicio Navarro de Salud. Ha sido coautora de múltiples publicaciones para profesionales, protocolos de autocuidados en procesos crónicos, estilos de vida, etcétera. Además, también ha participado en la realización de información y comunicación a población por medio de folletos, infografías, tuits. Ha participado en la creación y el desarrollo de la Escuela de Salud, que integra Escuela de Pacientes, Escuelas de Madres y Padres, Escuela de Mayores, además de docencia en el profesorado de la escuela. Ha colaborado el Observatorio de Salud Comunitaria aquí en Navarra. Ha presidido y ha establecido comisiones autonómicas: Comisión Asesora Técnica VIH/SIDA, Comisión Técnica de Trabajo, Dirección, Atención Primaria, Instituto de Salud Pública Laboral de aquí en Navarra, etcétera. Luego también ha participado en comisiones interautonómicas en el Ministerio de Sanidad.

Por eso les digo que, con la extensión de los currículums de ambos ponentes podíamos estar ya parte de esta Comisión. Así que no quiero perder más el tiempo, damos la palabra en primer lugar al señor Rafael Bengoa, por un tiempo de veinte o treinta minutos, y a continuación hablará la señora Margarita Echauri.

SR. BENGOA RENTERÍA: Muy bien, muchísimas gracias, Presidenta. Obviamente, es un placer estar aquí. Yo voy a estar flotando entre lo que está pasando en sanidad, que ha entrado en una situación de crisis en cierto sentido y con pinceladas de Salud Pública que estoy seguro de que la señora Echauri entonces completará la foto más de Salud Pública también.

En el fondo los dos somos de Salud Pública como disciplina, y yo luego me metí más en temas de gestión. Pero la Salud Pública yo la suelo explicar como aquellas personas que le han salvado la vida pero no sabe quiénes son. En contraste con un médico que le ha salvado la vida o un enfermero que le ha salvado la vida, pero sabe exactamente a quién puede dar las gracias. En este caso no, en Salud Pública no puede dar las gracias a nadie, porque simplemente se toman decisiones a nivel de toda la población, preventivas en general, y eso, lo hemos visto en esta pandemia, que ha habido un poquito de todo, pero básicamente es la Salud Pública que ha, si quieren, salvado la situación, menos, obviamente, aquellos enfermos que tenían que ser vistos por el sistema de Salud propiamente dicho.

Entonces, quería simplemente decir que la situación en la que estamos ahora es básicamente porque seguimos intentando hacer todo en esa parte roja de servicios de agudos. Seguimos pensando que el hospital es el centro de absolutamente todo y no hemos hecho, digamos, todo lo que teníamos que hacer en los servicios preagudos, en la Salud Comunitaria, de la que hablará la señora Echauri luego, y obviamente la Atención Primaria, que básicamente es ese mundo preagudo en el que se están controlando miles de cosas todos los días, pero, obviamente, esa parte de la sanidad se ha debilitado.

Luego, lo que estamos llamando aquí servicios postagudos, simplemente, es dónde podemos mandar a una persona que ya ha sido, digamos, curada en un hospital y tenemos muchos problemas con salida de esas personas hacia zonas de Servicios Sociales, etcétera. Entonces, cuando no funciona ni lo preagudo ni lo postagudo, los hospitales están condenados, como pueden ver en las noticias estos días en prácticamente toda España, más en unas comunidades autónomas que otras, pero básicamente unos servicios agudos absolutamente agobiados en estos momentos.

Saben que hablo aquí de toda España, pero pueden ver aquí en el *ranking* que la expectativa de vida es absolutamente espectacular. Ven arriba que tanto para los hombres y mujeres en Italia, España y Francia. Pero el problema que tenemos ante esa expectativa de vida es que no todos esos años son años con salud. Usaré solo el ejemplo rápido de una mujer de sesenta y cinco años. Hoy pueden ver ahí que tiene una expectativa de vida muy alta, casi de veinte años esa mujer. Sin embargo, su expectativa de vida sana solo es la mitad de ese tiempo. Por lo tanto, hay algo que tenemos que corregir y que tiene que ver con lo que he mencionado antes de que, si seguimos centrando todo en los hospitales, las mujeres y los hombres seguirán teniendo una buena expectativa de vida, pero la mitad de esa expectativa de vida no será buena en términos de salud. Sabemos que podemos comprimir mucho esos años de mala salud para que no ocurra

y que solo tengamos mala salud durante uno o dos años o unos meses y ya está. Eso no se puede arreglar en el modelo tan centralizado, tan concentrado en los hospitales que tenemos.

Saben que tenemos, por lo tanto, eso es obviamente lo que se está intentando controlar en Atención Primaria y en la Comunidad, que son todas estas enfermedades no transmisibles. Las conocemos todos, sabemos cuáles son los factores de riesgo que hay detrás. Esos factores de riesgo, obviamente, están fuera de control en la mitad de los casos, en la mitad de las personas. La gente sigue teniendo unos factores de riesgo de los que hablaremos igual luego, pero básicamente que llevan a todas estas enfermedades. Eso produce una Navarra, una Euskadi, una España absolutamente cronificada.

Pero, como no teníamos bastante con las enfermedades no transmisibles, aparecen desde hace ya muchos años, ya saben, las transmisibles. Las transmisibles, fíjense, que se han ido cronificando también. Hablo del VIH, el herpes simple al sistema nervioso, distintos virus que nos llevan a la esclerosis múltiple, retrovirus que son los que se presentan y que van preparando el terreno para algunos tipos de cáncer, el papiloma virus que también andamos vacunando a los niños de 12-13 años y que se presenta como un cáncer si se hacen mal las cosas, la hepatitis, etcétera. Entonces, pueden ver que estos son sólo algunos ejemplos, que el mundo infeccioso, que nos ha aturdido en estos últimos tres años con un coronavirus, también crea mucha cronicidad.

Entonces, estar pensando en que podemos gestionar toda esta cronicidad tanto de enfermedades infecciosas como de enfermedades no infecciosas, lo estamos intentando resolver con lo que llamamos el círculo vicioso. Este círculo donde hay mucha demografía, más cronicidad, luego el SARS lo complica aún más, el sistema queda saturado, todo el mundo llega al hospital. Lo que ocurre en ese círculo vicioso es que ahí es donde se empieza a hablar obviamente de la crisis del sistema, de la crisis de los recursos humanos en nuestro país y la situación en la que estamos es porque nos hemos quedado en ese ciclo vicioso.

Sabemos ya desde hace tiempo que podemos intervenir sobre muchas cosas para ir cambiándolas hacia un círculo más virtuoso que explicaré un poquito más tarde, pero pueden ver ahí que, obviamente, no podemos seguir centrándonos en pensar que en los hospitales nos van a resolver la situación de cronicidad y la demanda, que, por cierto, va a subir en un 20 por ciento en esta década, va a haber un 20 por ciento más de demanda. Por lo tanto, si no hacemos cosas muy diferentes con el sistema de Salud y la Salud Pública, nos vamos hacia, básicamente estamos decidiendo, y aquí hablo de la gente que gobierna los sistemas, quedarnos en un ciclo vicioso.

Luego, ¿qué es lo que ocurre si se queda en el ciclo vicioso? Que se va haciendo un sistema cada vez más y más insostenible financieramente y además tiene cada vez peores resultados en salud. Por lo tanto, ya se va a detener esta mejora de salud que hablábamos, de longevidad, porque estamos intentando, obviamente, seguir perpetuando, aumentando la longevidad, pero con un mal modelo sanitario y de Salud Pública.

Entonces, saben que estas son las curvas de la covid de estos años, pero básicamente se habla mucho con la covid y otras epidemias de ciclos de pánico e indiferencia. Lo uso aquí para decir que también estamos haciendo eso con la cronicidad. Es decir, entramos en pánico, hay muchos

enfermos crónicos, etcétera, pero luego la cronicidad se va a lo que estoy llamando el Departamento de la Indiferencia, nuestras consejerías en el ministerio, etcétera. No se está interviniendo sobre una sociedad que es, digamos, como han visto, está muy muy cronificada.

Entonces, a lo que hay que ir es, cómo es posible que pensemos que podemos seguir estando en una situación tan, digamos, conocida en términos de datos y, sin embargo, no estemos pegando el cambio. Y cómo podemos complementar entonces la buena medicina de agudos que tenemos, que la verdad es que España en este contexto, todas las comunidades autónomas están en un modelo de enfermedades agudas cuando ocurre algo, digamos, muy digno en el *ranking* mundial.

Sin embargo, en la gestión del día a día de las enfermedades crónicas, que es casi todo lo que tenemos encima, casi todo lo que ha entrado hoy en los centros de salud, en los hospitales, en urgencias de los hospitales, son enfermedades crónicas que se han agudizado durante un tiempo. En esa descompensación están yendo al sitio inadecuado porque no hemos podido controlarlo antes en la Atención Primaria o en la comunidad.

Entonces, ¿dónde va el mundo? A intentar complementar una medicina de agudos con una de crónicos, impulsar mucho más la prevención, de la que vamos a hablar. A la vez hay que reducir las desigualdades porque el país sigue teniendo muchísimas desigualdades. Para ello, por lo que comentaba antes, hay que empezar a coordinar ya francamente la sanidad y los servicios sociales.

El otro día en Cataluña, con el Consejero actual y el Gobierno actual, ya les comento que han tomado la decisión de tener una agencia formal de sanidad y servicios sociales. La montaron hace un mes, van a elegir cinco zonas para pilotar lo sociosanitario juntos. Por lo tanto, yo creo que están tomando la buena decisión en relación con lo que toca hacer. Es un poco una excepción, porque la mayor parte de las comunidades autónomas no están haciendo eso y tampoco el ministerio ni los ministerios a nivel nacional están coordinando suficientemente bien la sanidad y los servicios sociales.

Entonces, ¿qué es lo que ha pasado en la última década? Ha habido muchos planes y poca implementación, es decir, planes de crónicos ya tenemos dieciocho: uno nacional y diecisiete en comunidades autónomas; pero el impacto ha sido muy bajo, porque no se están implementando. Han sido unos planes que están muy bien diseñados, tienen todas las palabras que nos hacen falta, la gestión poblacional, que sea proactivo, que el paciente, que sea preventivo, pero luego no pasamos a la acción.

Por lo tanto, ha habido poca implementación real. Incluso el que montamos nosotros en el Gobierno Vasco hace once años no se ha ido implementando, digamos, a la velocidad necesaria. Por lo tanto, aunque está diseñado, se está caminando demasiado despacio.

Lo que ocurre cuando pasa esto es que la insatisfacción en la población va creciendo. Lo que está ocurriendo en estos momentos, más en unos sitios que en otros, es una privatización larvada. Lo que está ocurriendo, eso ya no es Salud Pública, simplemente es que si no me atienden en Primaria, no me cogen el teléfono, no puedo ir a la pública, hago un doble

aseguramiento. Por ejemplo, en Euskadi ha subido el aseguramiento del 18-19 por ciento al 24-25 por ciento durante la pandemia.

Entonces, lo que ocurre, si ya se tiene un 50 por ciento de la población navarra, vasca o madrileña teniendo un doble aseguramiento, es que se ha dejado *laissez faire*, igual involuntariamente por no prestarle atención, se ha dejado una privatización sigilosa en un modelo que, por otro lado, es necesario defender.

Esto no se arregla, obviamente, atacando a la privada, aunque mucha gente me crítica con eso, me da igual, pero, básicamente, no es poniéndole barreras a la privada, sino que es fortaleciendo la pública que se arregla eso. Porque en estos momentos el problema es que la pública no tiene la financiación ni las reformas necesarias como para poder realmente retener a los profesionales y convencer a la población de esa insatisfacción creciente.

Yo creo que hay alguna comunidad autónoma que lo está haciendo estratégicamente, que eso ya es importante sugerir. Yo tenía mis dudas antes, pero ya veo que si se van sacrificando cosas en la pública, pues básicamente, y no se está metiendo dinero en Primaria y no se está haciendo una conexión con Servicios Sociales y no se está atacando una cronicidad de una forma, y en el fondo se está diciendo que se va a dejar que siga creciendo el número de personas que se suben a un seguro privado.

Eso, obviamente, va a tener muchos problemas porque habrá un punto de no retorno. Nadie sabe cuál es, pero habrá un punto de no retorno en el que será muy difícil luego decir, bueno, venga, vamos a volver a fortalecer la pública para que no siga ocurriendo esto. Entonces, lo que tienen que hacer las Administraciones, las autonómicas y la nacional también, es tener un ojo sobre eso, sacar una foto de qué es lo que está pasando exactamente y actuar.

En estos momentos hay unos quinientos mil profesionales, médicos y enfermeras en el Sistema Nacional de Salud. Son muy competentes, por eso nos lo roban. Por eso ellos mismos saben que son competentes y pueden irse a Alemania, a Inglaterra o a Francia. La pregunta que hay que hacerse es a ver si están ahora en una organización incompetente todas estas personas competentes. Yo suelo preguntar, ¿cuántas organizaciones existen en España con quinientos mil personas competentes en una organización incompetente? Porque, obviamente, eso es algo que necesita arreglarse y rápido.

Entonces, hay que sacarles del círculo vicioso, empezar a irnos al círculo virtuoso. ¿Cómo es ese? ¿Qué es necesario? Lo que ya han hecho algunas comunidades autónomas, en Navarra están en ello, en Euskadi también, en Valencia, en Galicia, etcétera. Ya se ha organizado lo que en Euskadi estábamos llamando básicamente un área integrada donde se empiezan a integrar todas las piezas que tenemos en el sistema público que hoy trabajan de forma separada, pero las queremos tener trabajando en un conjunto con un modelo de gobernanza en un área de doscientas o doscientas cincuenta mil personas en donde se está trabajando lo sociosanitario, la salud comunitaria, pero de forma integrada.

Es difícil ir en esa dirección. No es, simplemente este es el diseño bonito, pero en el día a día es difícil. Pero, obviamente, toda la evidencia científica dice que si se tiende hacia ese modelo, se

van a estar manejando la cronicidad y los servicios sanitarios y sociales de una forma muy nueva. Por lo tanto, necesitamos tal.

Inglaterra ha hecho una ley, una ley que básicamente dice que vamos a ir de esa fragmentación a esa integración. Las llaman ICS. Aquí no tenemos esa ley, no creo que haya una intención de hacer una ley. Yo, si el ministerio preguntara qué es lo que hay que hacer, yo creo que hay que empezar a transitar en esa dirección, e ir creando una ley para salvar el Sistema Nacional de Salud y luego hacer otras mil cosas obviamente a la vez, porque con una ley solo no se arregla. Pero tampoco se arregla solo con una inversión de: vamos a poner un poquito más de dinero en la Atención Primaria, la Salud Pública y la Comunitaria; porque vamos a seguir teniendo esa demanda del 20 por ciento y esa cronicidad.

Entonces, sabemos —esto es lo que usábamos en el Plan de Crónicos en Euskadi— ir dando pasos en esa dirección, sabemos ir dando pasos para llegar a ese modelo. No entro en el detalle, pero es ir integrando las piezas que hoy trabajan separadas en esa dirección, donde hay, como decía, doscientas mil personas en una zona de Navarra, en una zona de Valencia, de Barcelona siendo razonadas en términos de salud poblacional y proactivamente, sabiendo qué es lo que está pasando a la población en esa zona y no andar esperando a que se pongan enfermos y aparezcan en Urgencias.

Tenemos, además, muchísimos modelos que van todos en la misma dirección. Todos estos modelos están evidenciados, es decir, que cuando se maneja una diabetes, una hipertensión, una enfermedad mental, respiratoria, cardiológica, en estos van probando por evidencia, en servicios de salud, que los resultados son mejores cuando se integran en los servicios y se ofrece una trayectoria única a los pacientes.

También, fíjense, que estamos en un país que tiene aparte de todos estos modelos y las ideas y planes, etcétera, aunque no lo estemos implementando, tenemos un país que tiene las herramientas. Tenemos mejores herramientas que Francia, donde yo estoy trabajando ahora.

Tenemos historia clínica integrada en la mayor parte, Navarra también, tenemos la receta electrónica que no tienen la mitad de los países europeos. Tenemos telemedicina, telecuidados, telemonitorización…, tenemos teletodo.

Sabemos estratificar, la población es de doscientos mil sabemos estratificarla para apuntar a los que más nos necesitan. Tenemos inteligencia artificial, hay movimientos hacia la robotización que nos van a ayudar y el paciente tiene acceso a su historia clínica en Galicia, en Valencia, en Cataluña, en Euskadi, etcétera. Por lo tanto, la verdad es que hay muy pocas razones para no pegar el cambio hacia un modelo asistencial diferente, que es el que, obviamente, hay que hacer. Obviamente, para atender mejor a los enfermos crónicos. Pero sobre todo también para que sea sostenible el Sistema Nacional de Salud, el cual, hay que decir que, como he comentado antes, hay que poner más dinero, hay que reformar, pero también hay que hacer que sea más productivo.

Es decir, el sistema de salud tiene algunas áreas de las que podemos hablar luego si quieren, pero algunas áreas muy muy claras en las que se puede mejorar la productividad y el desperdicio

que estamos haciendo en una organización que sabemos que más o menos el 20 por ciento de las cosas que hacemos en medicina no sirven para prácticamente nada.

Sabemos gestionar una población. Tenemos, lo que he comentado, las herramientas. Además, que sabemos gestionar una población. En esa población de doscientos mil hay gente sana, hay gente que está diagnosticada con una enfermedad crónica y hay gente que tiene necesidades muy complejas, que son, por ejemplo, esta gente con demencia. En esa zona de doscientos mil, esto es para una zona en Estados Unidos. Pero fijaros que uno puede apuntar mejor los servicios, porque uno tiene uno puede atacar a las personas con distintos grados de demencia de forma individualizada. No lo estamos haciendo. Esto lo están haciendo todo vuestros seguros de automóvil, la banca, todo el mundo los tiene estratificados y, sin embargo, nosotros todavía no hemos acabado una buena estratificación. Allí donde la tenemos, no se está usando de forma proactiva.

Esto es lo mismo en enfermedad renal, también sabemos estratificar, esto es una diabetes, no me enrollo, pero, básicamente, como he dicho antes, teletodo. Los beneficios de teletodo son bastante espectaculares cuando se razona que podemos convertir el domicilio en un centro de cuidados para los enfermos crónicos en diez o doce enfermedades y hacer un buen seguimiento de ellos desde casa, ir hacia esa integración... Entonces, para ir concluyendo, tenemos la necesidad no transmisibles y transmisibles, una sociedad, en este caso navarra, pero toda la sociedad española, inglesa, alemana, muy cronificada. Tenemos las herramientas. Tenemos los recursos humanos.

Tenemos un nivel macro, que en muchos momentos está en un cortoplacismo y que, por tanto, no está tomando las decisiones que hay que tomar, porque estas son cosas que hay que ir haciendo durante siete u ocho años. Como no las estamos haciendo, nos estamos quedando en un modelo de decisión tradicional y lo malo que hay de eso, aparte de la privatización larvada que hablábamos antes, es que no va a ser sostenible el sistema dentro de ocho o diez años, no puede ser sostenible porque es un sistema que ahora mismo está encajando una demanda, que es la suma de la demanda demográfica, la no inversión obviamente en Primaria y sobre todo estos tres años y ahora tres virus, no solo uno. No hay organización que encaje eso.

Por lo tanto, pueden ver que, si no hacemos algunos de estos cambios, el sistema público de salud va a seguir estando en un ciclo vicioso, en lugar de virtuoso, y, como sabemos pasar al virtuoso, lo que es importante es preguntar al ámbito macro, al ámbito de decisión, a los ministerios, a las consejerías, a ver si nos podemos empezar a mover en esa dirección. Una de las cosas que claramente que hay que hacer, se ha distanciado muchísimo el liderazgo político, la política, si quieren, no solo se ha distanciado en parte de los ciudadanos, sino que se ha distanciado de los profesionales. Es decir, hay una desconexión creciente en toda España. Todos los partidos políticos están en un sitio u otro gestionando la sanidad y los servicios sociales, pero hay una desconexión enorme.

Entonces, a los profesionales hay que devolverles parte del liderazgo que se ha ido asumiendo en el ámbito político. Hay que devolver a los profesionales la direccionalidad del sistema poco a poco. Y eso es cuestión de cambiar el tipo de liderazgo. No es cuestión de dinero, simplemente es tomar una decisión de no ser tan *top down*, tan dirigista en el sistema. Entonces, hay que darles lo que, en James Bond es «licencia para matar», pero aquí hay que darles licencia para

innovar a los profesionales, dejar que busquen soluciones. Porque esa licencia para innovar es la que ha ocurrido en la pandemia y al ocurrir en la pandemia, han salvado los profesionales muchas situaciones y es gracias a eso. Entonces, hay que mantener ese permiso de controlar tu microeconomía y tu servicio a nivel local. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Bengoa. Ha sido un placer escucharle. Como luego tenemos turno para cada uno de los portavoces, luego tienen otro turno de diez minutos cada uno para completar y responder las preguntas que les hagamos. Ahora damos la palabra la señora Margarita Echauri. Muchísimas gracias también por estar aquí. (MURMULLOS).

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Primero también he de agradecer la invitación a esta comparecencia. La verdad que me ha hecho ilusión, creo que tengo la esperanza de que la nueva ley coloque a la Salud Pública en un lugar más adecuado para mejorar la salud de la población. En ese sentido, pues les agradezco que pueda comentarles. También quiero agradecer a los compañeros y compañeras que para esta comparecencia se han brindado a discutir y a construir conmigo las propuestas y las reflexiones que les voy a transmitir ahora.

Yo me voy a centrar en la Salud Pública navarra. (NO HAY SONIDO). Voy a hacer una brevísima introducción y voy a hacer la exposición en dos partes. Por una parte, los cambios que se han producido desde la ley del 1990, no tanto en los enfoques de trabajo en Salud Pública como en la situación de Salud y en los marcos normativos. Por otra parte, en las respuestas que desde la Salud Pública navarra se han venido ya avanzando y que, de alguna manera, pienso que tendrán que recogerlos y posibilitarlos en la nueva ley.

Como introducción, sin más, quiero recordar que la Salud Pública trabaja, tiene como objetivo alcanzar y mantener el máximo grado de nivel posible de salud colectiva, que no estamos hablando de la asistencial individual, con acciones de protección, de promoción y de prevención y con un enfoque de derecho. El derecho a la protección de la salud está recogido en la Constitución. En Navarra el núcleo fundamental de Salud Pública lo constituye el Instituto de Salud Pública y Laboral, que es un organismo autónomo desde el 2012, que en el Decreto Foral de 2015 se plantea con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar y que procede de la unión de dos estructuras: el Instituto de Salud Pública que, en la ley foral del 1990, era un servicio de la Dirección General; y el Instituto Navarro de Salud Laboral, que era un organismo autónomo desde el 2006.

Entrando a la primera parte, a la parte de los cambios que han ocurrido desde la ley foral de 1990, yo voy a comentar en relación con los enfoques tres cambios que pienso que es importante que la nueva ley los incorpore. El primero es el de determinantes de la salud. Ya lo apuntaba la ley foral del 1990, pero lo apuntaba sobre todo la Ley General de Salud Pública del 2011 que plantea, sin quitar ninguna importancia, sino dando mucha importancia a los servicios asistenciales, por supuesto, plantea que la salud se juega y se gana en otros terrenos.

Desde este enfoque lo que plantea es que la salud es el resultado de la interacción de múltiples factores, que muchos de ellos son a la vez derechos ciudadanos. Habla de los derechos más individuales de edad, sexo, constitucionales… Va pasando como en capas de cebolla en concreto este modelo que presento, pero, en general, son también parecidos por los estilos de vida

individuales, por los apoyos sociales y comunitarios que recibimos las personas, por las condiciones de vida y de trabajo que incluyen también la educación y la vivienda, y por los más factores más macro, más estructurales de condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

A la vez lo que plantean los enfoques es que estos determinantes no se distribuyen de manera homogénea en toda la población, sino que se distribuyen según determinados ejes de desigualdad: la edad, el género, la etnia, el territorio y la clase social; que crean desigualdades injustas y evitables y que, en ese sentido, además, no solo se da en un determinado momento de su vida, sino que se suelen dar desde antes incluso del nacimiento, desde las épocas más concepcionales, a lo largo de todo el ciclo vital. Por eso la importancia de que la ley incorpore el tema de la salud en todas las políticas, los enfoques de equidad y de ciclo vital.

El segundo enfoque es el de salutogénesis. Nos hemos mirado bastante la patogénesis y los factores que producen la enfermedad y lo que nos propone este enfoque es ampliarlo a los factores que están generando salud y bienestar. Factores positivos, protectores, activos en salud que de distintas maneras también producen salud.

El tercero es el *one health* (una sola salud), que lo que hace en realidad es plantear, esto es más nuevo, la interdependencia entre la salud humana, animal y medioambiental. Con esto serían un poco los tres enfoques y me parece importante resaltar.

Me meto a la primera parte ya, a la parte de la primera parte de la nueva situación de salud con los cambios que se están dando en la población navarra, la transición demográfica. Aumenta el crecimiento de la población y nos dicen que la proyección es que siga creciendo aunque de una manera más lenta. Aumenta la esperanza de vida, aunque nos dicen las predicciones que a futuro parece que se reducirá la brecha entre la mejor salud de las mujeres y la peor de los hombres. Crece el envejecimiento activo. Crece la multiculturalidad. Se reduce la población en el medio rural y aumenta en las ciudades. También se plantea que aumenta la madurez de la población, que ahí va creciendo el porcentaje de población que en realidad quiere implicarse y gestionar su propia salud y participar también en la gestión que desde los servicios y de los gobiernos se hacen.

En cuanto a la epidemiología, hay que plantear que a la acumulación epidemiológica, a las enfermedades transmisibles se añadieron ya en el siglo pasado las no transmisibles. Las transmisibles permanecen y, además, como ha comentado el doctor Bengoa, se cronifican y se añaden a las no transmisibles las enfermedades neurodegenerativas y la salud mental, pero con un predominio muy claro de enfermedades crónicas que, de alguna manera, se expresa en el factor de morbilidad con un conocimiento constante, como plantea la gráfica, desde el 2012 y con la presencia en la mortalidad en los primeros puestos para los tumores y las enfermedades cardiovasculares, tanto para hombres como para mujeres. Las enfermedades respiratorias están en tercer lugar, también con la influencia de la pandemia, y crece la salud mental.

Ante todo esto se han puesto en marcha diferentes tipos de estrategias. Organismos internacionales han planteado la estrategia del 4x4 a nivel poblacional, o sea, priorizar para cuatro enfermedades: el cáncer, las vasculares, las respiratorias y la diabetes; trabajar conjuntamente cuatro factores de riesgo: la alimentación, el ejercicio, el tabaco y el alcohol. En

los últimos años han añadido una enfermedad y un factor de riesgo, han pasado a la estrategia de 5x5. O sea, añadir también a las enfermedades las enfermedades mentales y neurodegenerativas y en los determinantes el aire, la contaminación del aire.

Además, claro, no podemos dejar de tener en cuenta a la hora de plantear la incidencia que está teniendo el reto que supone el crecimiento del sobrepeso y la obesidad, la salud mental infantil, la salud sexual, las ITS y las interrupciones voluntarias de embarazo, la violencia de género, suicidios. La importancia de mantener la funcionalidad a lo largo de todo el ciclo vital. El envejecimiento, las personas que viven solas, la soledad no deseada, etcétera.

A estas transiciones demográficas y epidemiológicas se unen las crisis en las transiciones climáticas ambientales. Crece la importancia del cambio climático, la contaminación atmosférica de agua y los alimentos, la distribución, el aumento de los vectores que llevan elementos patógenos… Están creando eventos extremos de calor, de frío, inundaciones, incendios, etcétera.

Si nos metemos a los determinantes que he comentado al principio. Los estilos de vida, que era una de las primeras capas, en Navarra están mejorando. Sin embargo, siguen detrás de todas las enfermedades crónicas. Esta mejora tendría muchos matices si los analizamos con los ejes de desigualdad, porque, por ejemplo, la actividad física está creciendo, pero fundamentalmente la están haciendo más las personas jóvenes y las personas que tienen estudios superiores. O, si nos vamos al consumo intensivo de alcohol, que se está reduciendo en Navarra, pero se está reduciendo fundamentalmente a costa de los hombres y no de las mujeres, que incluso no solo se está reduciendo, sino que están aumentando una pequeña proporción.

Si nos vamos a la otra capa de determinantes que constituían los apoyos sociales y comunitarios que utilizamos las personas, se ve que tanto las personas mayores de quince años como las mayores de ochenta solicitan, quieren, utilizan siempre o algunas veces apoyo para acudir a las consultas médicas, acudir cuidar a los mayores o también muchas veces para hacer gestiones y papeleos.

Pero, lo mismo, si lo analizamos por los ejes de desigualdad, vemos que los cuidados de mayores y los cuidados de niños los siguen haciendo fundamentalmente las mujeres. De ahí la importancia de incorporar la reflexión sobre el apoyo mutuo, el apoyar a las asociaciones que hacen apoyo a su vez o el reparto de cuidados en la próxima ley.

Como ejemplo —son ejemplos que estoy pasando un poquito rápido, pero que nos ilustran un poco lo que quiero decir— las condiciones macroeconómicas, vemos que el riesgo de pobreza en Navarra está fundamentalmente en la Ribera, en la zona de Tafalla y de Estella y que esa distribución de los riesgos de pobreza se corresponde bastante con este mapa de la derecha, que es la prevalencia de la diabetes, y también incluso, si vamos al de arriba, al tema de la obesidad infantil. En realidad, una de las mayores ganancias en salud se haría si se redujera la pobreza.

Por último, ya para hablar de los cambios en la situación de salud, han crecido innumerables marcos normativos de recomendaciones tanto de los organismos internacionales como la OMS, el programa de trabajo europeo, la ONU con la Agenda 2030, la Unión Europea a través de

múltiples de sus estructuras y hay que resaltar el Consejo Interdepartamental de Salud, la condición de Salud Pública del ministerio, la Ley General de Salud Pública en 2011 y la Ley de Cambio Climático en Transición Energética del 2021. También la Estrategia de Salud Pública nueva de este año, del 22, y los planes también ambientales y alimentarios.

Con esto un poco he hecho un panorama rápido de cómo, de qué cambios han ocurrido desde entonces y habría que reflexionar sobre ellos para meterlos un poco en la ley. Me meto a las nuevas respuestas. Navarra en realidad ha ido avanzando, recorriendo caminos que necesita que, de alguna manera, la ley posibilite o valide. Voy a plantear tres de esos recorridos, los comento en general y luego me meto un poquico a cada uno de ellos. El primero es el equilibrio entre servicios de atención a la salud y a la enfermedad dentro del Departamento de Salud que, en la actualidad, todavía se escoran muchísimo a la enfermedad.

Por otra parte, es la relación del Instituto de Salud Pública y Laboral con el Servicio Navarro de Salud, con otros departamentos y Administraciones Municipales, con la Comunidad, que se llevan desarrollando pero de una manera a veces flexible o debido muchas veces a la profesionalidad y a la voluntad de quienes están en los servicios, pero que no tiene una integración clara y que sería necesario avanzar hacia lo que se plantea como un sistema de Salud Pública Integrado.

El tercero es el fortalecimiento del propio Instituto de Salud Pública y Laboral en sus servicios especializados y como estructura rectora que podría ser de ese nuevo sistema de Salud Pública Integrado.

Me meto a la primera parte, en ese equilibrio salud-enfermedad que planteábamos, el Instituto de Salud Pública y Laboral necesitaría máxima autonomía bajo los principios de Universalidad, Equidad que ya han discutido también aquí ustedes en la Comisión o el derecho a la protección a la salud. Pero necesitaría también articularse muy bien en un departamento que funcionase con una comisión de dirección conjunta en la que el Instituto de Salud Pública estuviese presente, con una planificación y evaluación conjunta que mire a los resultados, con la integración de acciones y con políticas de personal autónomas, también de Función Pública.

En la segunda parte que les comentaba, en esa creación de ese sistema de Salud Pública e integrado, de relación de la Salud Pública con las otros estructuras, departamentos y la propia comunidad, que tienen mucha influencia en la producción de salud, plantearía de alguna manera la importancia de que la nueva ley permitiese reorientar el Servicio Navarro de Salud en parte la prevención y la promoción de salud. Por ejemplo, normalizando competencias de Salud Pública para el Servicio Navarro de Salud, especialmente para la Atención Primaria, pero también para los hospitales, integrando incluso profesionales de Salud Pública en los distritos, igual también en los centros de salud y los hospitales, pero son los distritos que son los que en estos momentos en Navarra están intentando generar Atención Sociosanitaria en el sentido que planteaba el doctor Bengoa.

En lo que es la incorporación de la salud en todas las políticas y evaluación de impactos, requiere también que, de alguna manera, se normaticen lo que son las competencias de Salud Pública frente a otros departamentos y requisitos de informes o auditorías en determinados casos. También la posibilidad de crear órganos intersectoriales que ya existen como la estructura que

une el Instituto de Salud Pública con el Departamento de Educación o que unía con la Universidad Pública de Navarra. También se deben mantener órganos interdepartamentales como el Consejo Interdepartamental de Salud o un Consejo más interadministrativo y que incluso dé cabida también a la propia comunidad. A la vez integrar también profesionales de Salud Pública en órganos multiprofesionales que puedan tener otros departamentos, como el Departamento de Medio Ambiente. Además, se han de fortalecer las relaciones con la comunidad con información, comunicación, transparencia y abogacía.

La última era también el propio Instituto de Salud Pública, en el desarrollo de sus servicios especializados y como organismo rector, si se crease, de ese nuevo sistema de salud pública integrada. Eso requeriría de alguna manera darle a Salud Pública la máxima responsabilidad técnica y rectora en sus materias, fortalecer la estructura y tener competencias efectivas. Quizá la ley tenga que hacer una reflexión profunda sobre lo que son las competencias de Salud Pública frente a las competencias de la industria o frente a la Salud Laboral en general.

En los servicios especializados se están desarrollando líneas de acción que ya ha aparecían también en la ley del 1990 relacionadas con la protección, la promoción y la prevención, que han incorporado ya muchos de los enfoques o los van incorporando y han ampliado muchos de los contenidos. Una nueva, de alguna manera, en la que se está empezando a trabajar ahora, que es el sistema integrado de información y vigilancia epidemiológica. Me meto un poco más en eso y del resto solo voy a nombrar como algunas de las contenidos más novedosos que se están trabajando porque muchos ya estaban en la ley y son más conocidos.

Respecto al sistema de información integrado, en Salud Pública existen como o sistemas de información o vigilancia epidemiológica en distintas materias, en transmisibles, en mortalidad y no transmisibles, en Salud Ambiental y Salud Laboral, pero están de alguna manera bastante fraccionadas. Sería muy importante e integrarlas en ese nuevo sistema que, de alguna manera, requeriría también avanzar en la operabilidad con otros sistemas, con el propio Servicio Navarro de Salud, con el NASTAT, con el Instituto de Estadística Navarro, con Derechos Sociales, con Juventud y con las encuestas nacionales e internacionales que se están relacionando, pero que no hay un planteamiento claro sobre el tema.

También hay que tener en cuenta que requiere técnicos de Salud Pública, pero también técnicos y recursos informáticos, de sistemas de información, de gestión de datos, de cuadros de mandos, etcétera. Me meto ahora en las líneas más específicas, como digo, solo voy a comentar algunos de los aspectos.

En sanidad ambiental y seguridad alimentaria, aparte de, en general, abordar los riesgos ambientales, se destaca en estos momentos el trabajo con el cambio climático, el control de los productos químicos, la contaminación del aire o el control de vectores nuevos. Se apoya el desarrollo de ciudades y pueblos amigables y saludables que tienen que ver también con el urbanismo, con la movilidad, con los espacios verdes, la calidad del aire, etcétera.

En salud alimentaria, además del control de la cadena, se está trabajando en la incorporación de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición, del 2022 también. Se trata de ir apoyando sistemas alimentarios justos, saludables y respetuosos con el medio ambiente. Ambas

estructuras, sanidad ambiental y seguridad alimentaria cuentan con un laboratorio de Salud Pública que cumple una función importante.

En salud laboral, a la prevención de riesgos laborales se ha unido también la Promoción de la Salud en el trabajo. Los riesgos laborales se están priorizando ahora los que producen en general cáncer laboral o lesiones músculo esqueléticas, así como todos los riesgos psicosociales. Por supuesto, la reducción de accidentes y la información y vigilancia, pero, sobre todo, se está trabajando en la integración de la prevención en la gestión de las empresas más allá de lo que están haciendo los Comités de Seguridad en el trabajo.

Promoción de Salud igual es el área que menos se desarrolló en la ley del 90 y que ahora ha ido teniendo un gran desarrollo en el tema por una parte de los aspectos relacionados con las personas, los estilos de vida, que incluyen drogas, adicciones, salud sexual y salud mental, o el autocuidado en enfermedades crónicas. Es importante en los estilos de vida que entendamos que se tiene que superar de alguna manera lo que es el enfoque de hábitos saludables, muy centrado exclusivamente en la persona que llega a lo que se denomina el enfoque de culpabilizar a la víctima si no se trabajan unidos a los factores determinantes que favorecen o dificultan determinados comportamientos y estilos de vida.

También está la educación para la salud y las escuelas de salud, la salud a lo largo del ciclo vital. Destacaba antes la importancia de la salud mental en la infancia y el envejecimiento saludable y trabajar, como digo, unir lo que es el trabajo con las personas con el trabajo sobre los entornos, las condiciones de vida y los entornos saludables, la equidad en salud y las colaboraciones y alianzas con la comunidad y con distintos sectores.

El Observatorio de Salud Comunitaria trabaja en estudios de determinantes y desigualdades en abordar, dar información sobre la situación de salud por áreas geográficas. Incluye la elaboración de perfiles de zonas con un sobre un montón de indicadores que permite que unas zonas y otras sepan dónde se colocan en relación con determinados temas. Trabaja también los mapas de activos en salud, además del sistema de información de mortalidad y enfermedades no transmisibles.

En prevención, destacando la adaptación que se está haciendo de la vigilancia epidemiológica a los nuevos estándares planteados en Zaragoza. El sistema de alerta precoz y respuesta rápida que se ha visto la importancia de que exista y esté bien dotado. Se trabajan los criterios para incorporar nuevas vacunas, se ha añadido a los cribados de poblaciones de cánceres ahora el cáncer de cuello de útero y corresponde a este área la evaluación y asesoramiento de otros cribados, y se trabaja en detección precoz de enfermedades neonatales y metabolopatías. (MURMULLOS).

En fin, que, en general, o sea, lo que se necesita el Instituto de Salud Pública y Laboral es que todas estas cuestiones que hemos planteado, el dirigir y gestionar el sistema integrado, el desarrollar los servicios alineados a los enfoques y nuevos contenidos, el garantizar el desarrollo y sistema de información, requerirían una gobernanza y una gestión participativa que tienen que considerar también la nueva ley, desarrollo de políticas de salud colectivas, fortalecer la estructura y garantizar los recursos necesarios.

Además, necesita una plantilla de profesionales líderes, como comentaba el doctor Bengoa, competentes en su función. A veces eso requiere formación continuada, porque hay muchas cosas que cambian y que hay que ir añadiendo a las que ya se hacían y que requiere una formación permanente. Requiere además añadir nuevos perfiles. La Salud Pública es multiprofesional y eso es un tema importante. Por supuesto, se han de hacer acciones basadas en la evidencia y la colaboración y el trabajo en equipo y la investigación y la innovación.

Finalizo con el tema de los presupuestos. Los presupuestos de Salud Pública han ido aumentando en estos últimos quince años. En 2023 son el 2,3 por ciento del Departamento de Salud. No han aumentado más que 0,1 por ciento desde antes de la pandemia. No han aumentado más que el 0,4 por ciento desde 2015. Creemos que es muy importante si realmente se quiere que la Salud Pública haga sus funciones, funciones que son muy importantes para mejorar el nivel de salud de la población, que tenga más presupuestos.

Pensamos que está bien mantener presupuestos finalistas, pero, en realidad, pensamos que habría que duplicar igual el presupuesto en los próximos tres o cuatro años. Igual eso supondría subir cada año. Creo que lo he calculado y que sería el 0,0005 por ciento del presupuesto del Departamento de Salud. Creemos que no sería un esfuerzo que no pudiese llevarlo el departamento. Creemos que ese es el camino, hay que fortalecer la Salud Pública y las relaciones de hacer ese sistema integrado con el resto de agentes que tienen tanta influencia en la salud como la propia Salud Pública y, por supuesto, como el sistema asistencial. Pues esto es un poco lo que yo les quería plantear.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señora Echauri. Vamos a comenzar con los turnos de palabra de los diferentes portavoces. Comenzamos con el portavoz de Navarra Suma, señor Ansa. Dispone de un tiempo máximo de siete minutos, muchas gracias.

SR. ANSA ECHEGARAY: Muy bien, muchas gracias, señora Presidenta, buenos días. Yo quisiera, en primer lugar, agradecer las explicaciones que nos han dado y también por supuesto, su presencia hoy aquí en esta Comisión. Simplemente por parte de mi grupo no tenemos cuestiones que plantearles y, como digo, he de agradecerles todas las explicaciones que nos han dado.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Ansa. Continuo yo como portavoz del Partido Socialista de Navarra. En primer lugar, agradeciendo que estén hoy los dos aquí, ha sido un honor, es un privilegio contar con ustedes dos aquí y escucharlos porque, todo lo que se ha hablado aquí, todo lo que han expuesto, la verdad es para tomarlo muy en cuenta, muy en consideración.

Yo quería preguntarle al señor Bengoa. Me ha encantado esa agencia sociosanitaria, porque siempre lo hemos dicho aquí. Además, lo han dicho otros ponentes en estas Comisiones, que la cronicidad, el problema de los enfermos crónicos es el problema más acuciante que tenemos ahora mismo, yo no digo en el futuro, es que lo tenemos ya en el presente, y que no tenemos el sistema preparado, ya lo dijeron también en la Comisión anterior. Tenemos un sistema superespecializado, muy fragmentado, en superespecialistas y no tenemos el sistema ahora mismo preparado para dar la respuesta suficiente y la atención suficiente a todos estos pacientes crónicos.

Tenemos que darle la vuelta al sistema, claro al modelo, tenemos que invertirlo prácticamente. Ahora se están destinando la mayor parte de los recursos a todo lo que es la hospitalización, los hospitales, y hay que darle la vuelta al sistema con todo lo que conlleva, hay que destinar los recursos a atender, a evitar que la población ingrese a la atención de esos pacientes crónicos, a una atención más sociosanitaria, un modelo más sociosanitario, con una, lógicamente, Salud Pública preventiva muy también potenciada, es así.

Quería que nos explicara un poco más, me imagino que con usted habrán contado en Cataluña el Gobierno catalán, la Generalitat, el Govern para seguramente asesorar en cómo se puede implementar esa agencia sociosanitaria y sí que me gustaría que nos explicara un poco más cómo se va a implementar, qué funciones va a tener, un poco cómo se va a desarrollar esa agencia sociosanitaria, porque sí que a nosotros nos interesaría conocerlo.

Luego a la señora Echauri, la verdad nos ha explicado y descrito muy bien todo el recorrido de lo que es prácticamente el Servicio del Instituto de Salud Pública y Laboral aquí en Navarra. Sabemos que también se están trabajando leyes propias, solamente de Salud Pública en algunas comunidades, en Madrid, en Euskadi se está trabajando ahora, no sé si habrán terminado ya, me constaba que estaban también con comisiones de Salud para trabajar una ley específica en Salud Pública. Nosotros vamos a ser más ambiciosos, queremos una ley entera.

Creo que la pandemia de la covid no es la única pandemia que hemos tenido que abordar, lo han expuesto muy bien los dos, todas las pandemias de factores de riesgo, sobre todo ya no solo cardiovascular, sino otro tipo de factores de riesgo. Pero sí que es verdad que esta última pandemia de la covid, es la que ha dejado al descubierto la mayor relevancia y protagonismo que tiene que tener la Salud Pública, en *One Health*, en todas nuestras políticas.

Yo les iba a hacer algunas preguntas también, a la señora Echauri, pero bueno también al señor Bengoa. Ya prácticamente usted lo ha dejado entrever. Yo les iba a preguntar, mayor presupuesto en Salud Pública, esa es la pregunta que ya nos ha contestado también. Hay que plasmar con claridad las situaciones de crisis sanitaria dentro del apartado dentro de Salud Pública en una nueva ley, porque ahora mismo hemos tenido una crisis sanitaria muy importante y eso habrá que plasmarlo también dentro de una ley. Cómo abordar estas crisis sanitarias, las restricciones, etcétera, que hemos sufrido también. Eso también habrá que plasmarlo.

Yo me iba también, porque en Euskadi también se está hablando de crear una Agencia Navarra de Salud Pública. No sé cómo se podría interpretar eso. Usted también lo ha dejado entrever, señora Echauri, en esas últimas diapositivas.

Otra pregunta, igual son muchas, pero las que puedan contestar, en los contratos-programa que se hace con los servicios, distintos servicios de salud tanto a nivel hospitalario como Atención Primaria, ¿deberíamos incluir los objetivos y prioridades en Salud Pública? Que eso no se está haciendo ahora mismo. ¿Deberíamos incluir dentro de los contratos-programa de todos los servicios, los objetivos y prioridades en Salud Pública? Luego también los municipios.

Esa mayor corresponsabilidad de los municipios habría que darle, habría que aclarar el papel, darles más papel a los municipios dentro de la Salud Comunitaria, Salud Pública. Bueno, son

cuestiones que dejó allí en la bandeja y después de que terminemos de intervenir los distintos portavoces de Salud, daremos la palabra a los ponentes.

A continuación, termino ya y doy la palabra, cedo la palabra a la portavoz de sanidad de Geroa Bai, la señora Ansa, por un tiempo de siete minutos también.

SRA. ANSA ASCUNCE: Eguerdi on, Gracias Presidenta. Pues muchísimas gracias a los dos ponentes, señor Bengoa y señora Echauri. La verdad es que es un gusto, es un placer tenerlos aquí y sobre todo es un gusto poder compartir tantas inquietudes, con el señor Bengoa menos, con la señora Echauri yo he compartido en muchísimas ocasiones y con muchísimos programas. Por lo tanto, es que yo les voy a comprar casi todo lo que han dicho ustedes dos.

Porque, de alguna forma, sí que hemos intentado traer a esta Cámara la Salud Pública en muchísimas de nuestras intervenciones, y nosotros aquí en esta Cámara hemos ido hablando de promoción de salud, hemos ido hablando de los nuevos paradigmas, hemos ido hablando de salutogénesis, hemos ido hablando de que tenemos que cambiar y equilibrar, como decía el señor Bengoa, de cambiar y equilibrar la atención a la salud, la atención a la enfermedad, porque nos jugamos muchísimo en ello, muchísimo.

Entonces, ciertamente, todas las aportaciones que nos han hecho ha sido muy interesantes. Hemos aprendido mucho, yo hoy he ido apuntando cosas que espero poder reflexionarlas y poder trabajar un poquito más despacio. Entonces, entre las cosas importantes que creo que nos tenemos que llevar para esta futura ley, el tema del equilibrio, de lo que dedicamos a la salud, a la promoción de salud, a la prevención, a la Salud Pública y de lo que dedicamos a la enfermedad. Sinceramente, creo que en los últimos años hemos cambiado un poquito el eje. No creo que haya llegado a cinco grados, pero hemos cambiado un poquito el eje, por lo menos lo hemos traído, por lo menos ya cuando hablamos de estas cosas, al resto de nuestros compañeros políticos y Gobierno no les suena tan raro que traigamos estas cosas.

Pero yo creo que en este momento necesitamos hacer un punto de inflexión. Ya no nos vale ese pequeño eje que habíamos cambiado porque tanto las condiciones de la población epidemiológicas como el envejecimiento poblacional como todo lo que han estado ustedes comentando de la cronicidad es tremendo y nos va a ahogar, literalmente. Entonces, necesitamos hacer un punto de inflexión. Sí que creo que necesitamos tener valentía política. Necesitamos mucha valentía política, más que el tema presupuestario, es eso lo que necesitamos. Porque necesitamos, además, hacer la apuesta y a la vez comunicar y trabajar con las comunidades, porque si no tenemos, digamos, una cierto colaboración y una cierta comprensión por parte de la gente, va a seguir acudiendo al hospital como referente de la salud.

Ahí nos jugamos muchísimo y eso creo que no lo estamos haciendo bien, no lo estamos haciendo bien, ni del Gobierno, ni de los distintos servicios, ni tan siquiera nosotros. Ahí creo que, eso tenemos que hacer un esfuerzo muy importante. Presupuesto desde luego que sí, pero si tenemos la valentía política, el presupuesto bien rodado, porque viene de lo que queremos cambiar y cómo queremos y cómo queremos hacerlo, de eso viene rodado. O sea, que yo sí que creo que ahí y nos va mucho el ser suficientemente valientes como para aceptar el asunto, porque si no, estamos en el círculo vicioso y estaremos para siempre. El sistema, además, en

este momento, o hacemos este salto cualitativo o quebramos el sistema, lo quebramos, literalmente. Entonces, ahí ya no podemos estar más tiempo en este asunto.

Por supuesto, me ha parecido tanto la agencia que nos comentaba el señor Bengoa. Yo hace cuatro años recuerdo que intenté que metiésemos en el programa y no lo conseguí. Lo siento, lo digo tal cual, que metiésemos el tema sociosanitario como un eje vertebrador, pero en aquel momento se veía que el tema de la dependencia, el tema social tenía que ir más también más empleo, trabajo, y se hizo esa apuesta, pero en este momento creo que tenemos que, sin abandonar esa apuesta, hacer una apuesta importante por el tema sociosanitario.

La otra idea que también me gustaría que nos avanzasen un poquito más de la agencia, y también para la señora Echauri, me ha parecido muy interesante el tema de ir metiendo o ir colocando personas, técnicos con formación en Salud Pública en muchos de los elementos clave que luego van a jugar. Porque ahí también reconozco que cuando les cuenta estas cosas, le reciben de otra forma. Pero es que no saben en todo ese abanico de espacios en los cuales habría que tener la salud como uno de los elementos importantes a la hora de la toma de decisiones. Solamente cuando ocurren cosas y salen es cuando dicen: anda, eso lo teníamos que haber previsto.

Eso me parece que podría ser una de las medidas que, además, nos ayudaría seriamente a ir cambiando la perspectiva que tiene una gran parte de la población sobre lo que es salud, lo que es enfermedad, lo que es ganar salud y lo que realmente nos supone no atender estas cosas en determinados momentos. Entonces, si hacen un poco de ampliación por ahí, de verdad que muchísimas gracias y un gusto tenerlos aquí.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Doy la palabra al señor González, por un tiempo de siete minutos. No me había olvidado, no.

SR. GONZÁLEZ FELIPE: Se olvida de mí, señora Fanlo. Buenos días, eguerdi on guztioi. Buenos días a todos y a todas. Desde luego me han parecido unas aportaciones superinteresantes. Yo creo que confirman bastante lo que hemos recibido de otros ponentes, invitados e invitadas que han venido y que más o menos nos hacen tener una visión de lo que es la sanidad y de cuáles son los retos, pero sí que también nos crean dudas e incertidumbres sobre los modelos. Voy a intentar explicarme.

Yo, como ya también tengo cierta edad, aunque no estoy jubilado todavía, desgraciadamente, me ha tocado vivir una transformación de todo lo que fue la implementación de la Atención Primaria, de una mejora yo creo que continua en los recursos que la sanidad pública disponía de los años 80 a los años 90. Luego, hubo ahí una reflexión coincidiendo con el informe Abril, pero sobre todo también yo creo que con las políticas que Margaret Thatcher implementó en el Sistema Nacional de Salud inglés, del Reino Unido, y que marcaron un poco una dinámica que se fue extendiendo al resto de países. Por un lado, una necesidad que era evidente de afrontar retos de mejora de eficiencia, pero también, por otro, yo entiendo que una cierta competencia entre los procesos que desarrollaban las empresas sanitarias privadas y, digamos, un reparto de lo que sería el mercado, hasta donde tenía que llegar cada uno de estos actores a la hora de atender la salud.

Eso siempre es difícil, porque la sanidad pública lo que busca es garantizar la asistencia sanitaria, la salud de la población, mientras que la empresa privada, en principio, lo que utiliza es la sanidad para conseguir unos beneficios. Obviamente, que quieren hacer el trabajo de la mejor forma posible para tener contentos a sus clientes y poder garantizarse su futuro. Pero es un equilibrio que yo entiendo que es delicado y que también en la ley foral de Salud nos va, por lo menos en el intento de intentar sentar las bases de esa nueva ley foral de Salud, también tenemos que intentar acotar cuál es el papel de cada uno, esa colaboración pública privada que para nosotros desde Euskal Herria Bildu tiene que estar muy bien definida y garantizada para evitar a veces competencias que para nosotros son desleales.

Voy a intentar explicarme. Es decir, ahora está muy en boga lo de tener un *big data* común, el compartir información, obviamente que no es lo mismo compartir información entre servicios públicos, incluso a nivel internacional, pero que tienen un interés de garantizar la atención sanitaria de sus sociedades, que compartir conocimiento e investigación con otros entes, como son las empresas privadas, que al final buscan cuáles son sus nichos económicos más beneficiosos para dirigir obviamente, legítimamente, sus recursos, a donde realmente van a sacar los mejores beneficios económicos y dejar un poco dónde puede haber más riesgos para sus negocios.

Eso yo entiendo que es un problema y no sé si en algunos de estos países que tienen procesos de atención sanitaria mixtos, híbridos o más privatizados, como pueda ser Estados Unidos, si este tipo de problemas los han encauzado de alguna forma. A nosotros lo que nos llega al final son las anécdotas, las cosas curiosas, las corrupciones a veces llamativas, pero no tenemos una información clara de cómo hacen frente a estos retos.

Desde luego, nos preocupa también, sabemos todo lo que es el proceso de cronicidad de las enfermedades, de la cantidad de recursos económicos que tenemos que dedicar para atender a estas poblaciones. Además, sabemos que el gasto sanitario a partir de cierta edad se duplica, se cuadruplica conforme vamos envejeciendo. Es un reto indiscutible, pero también vemos que ahí tenemos también como un talón de Aquiles y es que estas empresas, este mundo de la industria de la salud privada también dirige sus esfuerzos a que sus problemas de salud se cronifiquen. Es decir, ellos, como empresa, necesitan garantizar que existen unos clientes a largo plazo y mucha de esa investigación y desarrollo de productos también está pensado de forma más o menos consciente en garantizar que esas personas van a estar enfermas durante el mayor tiempo posible. A veces es duro decirlo así, pero yo entiendo que es así.

Entonces, creemos que en la ley también habría que buscar algún tipo de herramienta para poder negociar con este mundo de la industria de la salud ciertos aspectos de sus investigaciones, de sus desarrollos, que nosotros desde luego no tenemos recursos para realizar, pero que podemos intentar negociar y digamos que consensuar con ellos para que haya un beneficio mutuo y que si no entendemos que puede ser realmente preocupante.

Lo que comentaba la señora Echauri me parece que es importantísimo. Una de las cosas que desde luego ha dejado en evidencia la covid es probablemente esto, que tenemos unos sistemas de Salud Pública muy precarios. Obviamente, todo lo que es la prevención, la Promoción de la Salud ha sido siempre como un deseo que cuando tengamos capacidad, cuando tengamos posibilidades ya lo afrontaremos. Sin embargo, creo que para el futuro es probablemente el reto

más grande al que nos enfrentamos. No hay que ver más que la activación económica ha multiplicado la siniestralidad laboral. En Navarra tenemos muchísimas pequeñas empresas que no tienen los recursos de prevención propios y que no tienen posibilidades de hacer una organización de la vida laboral para evitar las enfermedades laborales, las enfermedades profesionales, pero también los accidentes de trabajo. Y ahí sí que creemos que esa implementación de los profesionales de Salud Pública en Atención Primaria ya sea a través de los distritos de zonas básicas o de otra figura que nos parezca interesante, creemos que pueden ser herramientas útiles, lo mismo que los departamentos.

Porque cuando hablamos de una salud para todo, es imprescindible tener recursos donde esas normativas que se desarrollan en otros departamentos pasen por esa visión desde el ámbito asistencial sanitario y ver qué riesgos o qué inconvenientes puede generar desde luego en la salud para todo el mundo.

Sí que me gustaría saber un poco las competencias. Yo sí que soy un enamorado de ver la normativa de todas las comunidades autónomas de nuestro entorno, incluso de algún estado cercano que me parece que tienen modelos muy envidiables como pueden ser los Países Nórdicos, sobre todo Suecia en el ámbito de cómo está descentralizando la atención hospitalaria, me parecen importantes los trabajos que están haciendo, pero no sé hasta qué punto esas competencias se pueden desarrollar en Navarra. De infracción o por lo menos de sancionar infracciones laborales a través del Instituto, porque sé que hacen sus sugerencias, pero al final me imagino que será Inspección de Trabajo la que tenga al final la última palabra.

Últimamente me lo ponen de ejemplo de forma repetitiva. Dicen que tengo que visitar una tienda de alimentación, un supermercado de un barrio humilde trabajador y un supermercado de una zona más acomodada veré que los «productos alimenticios» que hay en un sitio y en otro, desde luego, no son más o menos saludables. En los barrios trabajadores se encuentra con toda la bollería industrial que se pueda imaginar, con todos esos productos que no tienen valor nutritivo ninguno y que tienen muchísimos problemas de exceso de grasas, azúcares. Ahí chocaríamos un poco con esas competencias. No sé si a través de una nueva ley foral de Salud se podría de alguna forma incidir también en esa oferta y en ese riesgo que para la salud suponen todos estos productos.

Tendría muchísimas más preguntas porque habría que aprovechar que tenemos dos personas que, desde luego, nos parece a Euskal Herria Bildu que son interesantes. En muchas cosas coincidimos, en alguna otra discrepamos, pero, desde luego, nos parece que su opinión es realmente bienvenida. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchas gracias, señor González. Damos la palabra a los ponentes. Comenzamos con el señor Bengoa. Muchas gracias.

SR. BENGOA RENTERÍA: Yo la duda que tengo en lo que estoy oyendo hoy es si están haciendo una ley de Salud Pública o una ley de Salud Pública y de Sanidad. Es el cóctel, ¿son las dos? (MURMULLOS). Es entera, vale. Es que eso es importante, porque si no uno puede acabar haciendo muchas otras cosas que ha comentado de Salud Pública, Promoción de la Salud, mucha prevención, el mundo de la protección de la salud mejorado, más personal y, de repente, encontrarse con una sanidad que se ha ido al traste. Entonces, se puede tener una Salud Pública

como funcionando, pero el sistema de Salud en una tendencia descendente hacia una especie de colapso, que es lo que está ocurriendo en parte ahora.

Entonces, yo creo que lo primero que yo diría es que a mí me parece —y aquí hablo de toda España— que no se ha reconocido que estamos en crisis. Hasta que no se reconoce que hay una crisis, formalmente, políticamente, entre todos los partidos políticos. No es solo de salud mental, sino que es el sistema, aquí hablo ahora de los servicios sanitarios e individuales, la sanidad hospitalaria, primaria, etcétera.

Entonces, como es posible que, como estamos en años electorales, no se diga formalmente: «estamos en crisis», porque este año es muy complejo políticamente, es posible que a nivel de una comunidad autónoma sí se puede hacer algo más. No hace falta ir, digamos, declarándolo a todos, pero sí aceptar que en la Salud Pública hay que hacer lo que ha comentado la doctora Echauri, hay que empezar a ir en esa dirección de una salud más global, más determinante más. Pero a la vez hay que hacer algo bastante inmediato con el Sistema de Salud, la Atención Primaria, que además es aquella que va a estar echando una mano, obviamente por la vía comunitaria, al ámbito de la Salud Pública en estos momentos. Porque saben que, en la Atención Primaria, hemos conseguido organizar en los últimos treinta años la Atención Primaria, pero no esa Atención Primaria y Comunitaria, que es el título que tiene, la «y Comunitaria» no se ha logrado. Porque están todo el día viendo pacientes, entonces no tienen tiempo de ir a los colegios o a la Comunidad o a los municipios para ver cómo vamos a hacer lo de los bollos de los niños.

Entonces, si es una ley global yo lo que creo, simplemente… Aquí no vamos a estar de acuerdo la señora Echauri y yo, porque yo he trabajado catorce años en la OMS y la OMS vive, le gusta ser la conciencia del mundo en Salud. Entonces, dice mucho —y yo lo he hecho— qué es lo que hay que hacer, pero no dice cómo. Entonces, la señora Echauri ha dicho algunos cómos. Eso está muy bien, porque eso es lo que tiene que entrar en la ley. Yo no creo que en una ley tenga que estar argumentando página tras página por qué hay que ser más salud y menos hospital, etcétera, que es lo que se enmarca en muchas leyes.

Entonces, a donde voy con eso es que la OMS es poco de cómo. Entonces, lo que nos toca es, en una ley, ser mucho más de cómo. Para eso yo creo que mi experiencia de fuera es que hay que ser más anglosajón que francés. Porque ustedes tienen más, obviamente, relación con Francia por historia, pero yo creo que las leyes anglosajonas son más prácticas y de menos detalles, no son microleyes. No entran en el microdetalle de cómo hay que hacer todo en todo momento. En cambio, la ley francesa sí hace mucho eso, por centralización y que desde París hay que controlar todo el mundo, etcétera.

Entonces, se tiende a ir a una ley muy exagerada a la francesa. Entonces, primero, que la ley contenga más bien cómos, que rompa y que no sea micro, que permita que lo local pueda hacer lo que he comentado antes, esa licencia de innovar. Si a mí me da la gana en una zona de Estella estar trabajando más con el municipio, en cambio el del otro no va a estar trabajando en el municipio el tema de salud que comentaba, yo lo permitiría desde Osasunbidea, lo permitiría. ¿Cómo le podemos ayudar? Vamos a ver cómo funciona eso y vamos a experimentar, vamos a innovar. Entonces, yo creo que la ley lo que tiene que permitir es innovar y que a nivel local se

pueda aprender. No estar diciendo que así tiene que ser como modelito único para toda Navarra y otros en toda España y tal.

La segunda cosa, ya yendo a lo sociosanitario, lo que está haciendo Esquerra Republicana, no sé si lo ha metido ahora en los presupuestos con el PSOE, creo que sí. Pero básicamente es decir que la trayectoria de los pacientes, algunos jóvenes, con incapacidades, muchos mayores en residencias o vulnerables en casa, no tienen una buena trayectoria. La prueba ha sido la pandemia. El drama de la pandemia, es curioso, queremos pasar página. Sin embargo, el drama de la pandemia en toda España es porque no estaban bien conectadas las personas, en este caso mayores y gente vulnerable en nuestra sociedad, con el servicio de salud. No hay ninguna razón para, no hace falta ni siquiera una ley, en dos años se conecta a todo el mundo para que estén conectados.

Todos, nuestros padres, en teoría, tienen un médico de Atención Primaria, pero si se está en una residencia, ahí hay algo que ha pasado que no había. Entonces la gente se ha descompensado, se ha descompensado, se ha descompensado y el de la Atención Primaria no sabía que se estaban descompensando Pedro, Juan, etcétera en la residencia. Eso se monta en uno o dos años, se monta esa conexión, y el cuidador y el médico de Atención Primaria tienen que saber que alguien su diabetes se está descompensado en ese momento y vamos a enviar a alguien a la residencia para hacer algo, para atenderle y no esperar que acabe en Urgencias. Entonces, esto no hace falta una ley, esto simplemente hace falta hacerlo.

Porque hay que aprovechar el drama que ha sido, que es inaceptable, obviamente, por miles de razones, pero hay que aprovechar esa situación. Se está empezando a entrar en la indiferencia. Porque he hablado de pánico e indiferencia, ya estamos en indiferencia. Todo el mundo quiere pasar página muy rápido y como no hemos evaluado en el país la gestión de la pandemia, básicamente, yo no sé si nos estamos preparando para la siguiente que sabemos que vamos a tener.

Entonces, volviendo a que la trayectoria es mala, ellos dicen que no van a hacer una ley sociosanitaria ahora, van a organizar una estructura, una unidad, una agencia sociosanitaria para que haya alguien impulsando lo sociosanitario en cuatro regiones, que yo, Consejero, decido que son áreas de pilotaje. Con eso ya veré si hago una ley luego, pero primero quiero aprender.

Vuelvo otra vez a que está diciendo licencia para innovar, está dejando que haya modelos diferentes sociosanitarios en distintas partes de Cataluña. Eso es muy poderoso. Porque lo que nos gusta mucho, yo como saben he estado de Consejero, es que hay un modelo único para todo Euskadi, no, lo que se necesita es dejar que el ámbito local, que puede ser municipal, profesional y gestor se pongan de acuerdo en qué es lo que van a hacer sobre esas doscientas cincuenta mil personas que gobiernan.

Entonces, yo es verdad que he estado, prefiero un modelo en el que esa zona, esa OSI, esa área integrada está haciendo salud poblacional con gente de Salud Pública, gestores y la gobernanza de sanidad y servicios de salud juntos, que no, gente haciendo Salud Pública —por eso estaba diciendo la diferencia posible—, gente de Salud Pública aquí que no tiene luego una buena entrada por una razón muy simple, porque la credibilidad la tienen los profesionales, no la tiene la gente de Salud Pública. Y los dos somos de Salud Pública, pero no la tenemos.

De hecho, se ponen a hablar de factores de riesgo, etcétera, etcétera, y la población no está con ustedes. La población lo que quiere es escucharle en el momento de interacción con un clínico o un enfermero, qué es lo que conviene hacer en relación con esa enfermedad que tiene o a ese niño obeso con diabetes tipo 2 con diez años. Y eso es lo que, ahí es donde hace clic yo creo que la Salud Pública. Esa es mi percepción después de cuarenta y cinco años.

Pero, no estoy seguro. Es posible que sea buena una separación, porque la sanidad tiende a llevarse todo el dinero. Entonces, el discurso, por ejemplo, en Inglaterra es que los municipios con la gente de Salud Pública tiene un control sobre la Salud Pública. Pero no se les mezcla con lo asistencial para que lo asistencial no coja personal de aquí... Es una decisión que tendrán que evaluar, es muy compleja, porque no hay un buen modelo a copiar así total.

La última cosa que quería comentar es que hay que hacerlo rápido. Quizá después de las elecciones o no sé, porque se está pasando el efecto postpandémico. La gente no va a estar muy abierta ni a la prevención. Porque la gente sigue diciendo que prevención es cáncer de colon, cáncer de pecho, etcétera. Eso, obviamente, hay que ir a fondo a por ello, pero ahí se queda la prevención. No está realmente entrando en los colegios, en la comunidad de una forma…, por lo menos es lo que yo veo.

Entonces, simplemente quería posicionar esa idea de a veces, en Inglaterra han decidido separar y luego los asistenciales que ya les están organizando en esta organización de 200-250.000 personas, la OSI, la integración de lo asistencial, ya luego se va a ir a hablar con el municipio y la gente de Salud Pública que está fuera. Pero esto sí que hay que tenerlo un poquito claro en una ley.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchas gracias, señor Bengoa. Damos la palabra la señora Echauri.

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Bueno, no sé si estamos tan en desacuerdo. O sea, yo creo que si hablamos del nivel local y vamos, por ejemplo, al nivel de distrito que sería aquí Tafalla, donde se está, de alguna manera, recogiendo más de integración sociosanitaria a nivel local. Nosotros ahí lo que planteamos es que el desarrollo de ese distrito sea, desde luego, desde el propio distrito. De hecho, desde Salud Pública se ha ayudado a hacer Foro Salud entre la población y los profesionales de la zona para que ellos decidan cuáles son los caminos que quieren recorrer en unos determinados marcos. Eso nos parece un tema superimportante, que creo que en ese aspecto no estamos tan diferentes.

Sí que lo que nosotros planteamos es que nosotros hemos tenido muchos años de muy buena relación entre Salud Pública, por ejemplo, y la Dirección de Atención Primaria. Muchos años muy buena relación con los centros de salud que han hecho que realmente Salud Pública cuando inició su primera cartera de servicios, los protocolos que nos planteaba para muchas de las enfermedades eran los de Salud Pública. Hemos tenido muy buena relación con los centros de salud de manera que les hemos apoyado a hacer a los centros de salud los proyectos comunitarios que han decidido ellos en sus zonas. O sea, que creo que en ese sentido hay autonomía de los centros.

Lo que nosotros planteamos es que todo eso se ha hecho, de alguna manera, porque ha coincidido que la visión que tenía Atención Primaria más allá de lo que dicen las propias leyes en las que teníamos nosotros han coincidido, pero que, de alguna manera, la nueva ley sí que tendría que mojarse más en ese cómo. Realmente qué competencias tendría que tener Salud Pública para ayudar al Servicio Navarro de Salud a generar más equilibrio entre la prevención, lo comunitario y la atención, o para, de alguna manera, que en los otros departamentos que tienen mayor incidencia o tanta incidencia como nosotros en el tema de la salud, se generen no solo las dinámicas que voluntariamente se quieran, sino que se generen procesos estructurales que garanticen que, de alguna manera, igual un profesional de Salud Pública pueda pertenecer a un equipo multidisciplinar en ese departamento, que se ha comprometido también a trabajar en el marco de la salud en todas las políticas, para generar procesos que le ayuden a dirigirse en ese sentido.

SR. BENGOA RENTERÍA: ¿Le puedo interrumpir una cosa? Porque creo que es muy importante ahí una cosa que es, yo cuando no tuve tiempo, nos echaron del Gobierno Vasco, pero básicamente el siguiente movimiento que iba a hacer después de hacer las OSI, en Tafalla local, era llevar a la gente de Salud Pública, incorporarles a los centros de salud, y que hubiera una o dos personas haciendo lo que acaba de comentar. Yo creo que eso es muy importante, porque son dos culturas diferentes.

Luego, el punto de partida, me decían que por qué iba a hacer eso. Porque hay gente de Salud Pública que se me puso en contra. Luego no se ha hecho, pero creo que toca hacer. Si aquí van en esa dirección yo creo que estarían acertando. ¿Por qué? Porque el de Atención Primaria nunca va a ser «y Comunitaria», si no le añadimos un recurso que se llama de Salud Pública, no va a ser, no va a poder nunca, porque va a estar viendo enfermos. Porque aunque simplifiquemos la Atención Primaria con todo lo que se dice estos días, les quitamos burocracia y tal, todos los enfermos que van a estar entrando en Atención Primaria, en los hospitales en Navarra en los próximos diez años, ya son enfermos hoy. Ya tienen la necesidad de ir al médico. No han controlado su diabetes, ni su hipertensión, etcétera. Por lo tanto, los médicos de Atención Primaria van a tener que seguir haciendo mucha clínica. Luego, lo que hace falta es que puedan sentarse de vez en cuando con la gente de Salud Pública en un centro de salud y decir: somos un equipo, ¿cómo vamos a manejar esto? Luego, ahí hay que luego cómo entra lo social.

Uno de los debates que hemos tenido en Cataluña es si arreglamos la casa primero, Salud Pública y Atención Primaria, y luego nos vamos a hablar con las diputaciones, los municipios, etcétera, con lo social. Pues el Consejero actual ha dicho que no va a esperar, que monta, quiere encontrar el modelo sociosanitario además de estar buscando lo otro.

Entonces, yo creo que está experimentando con dos grandes líneas de trabajo, una que es este trabajo integrado, llamémosle clínico de Salud Pública, y otro que, cuatro áreas sobre el terreno de sociosanitario y en algún momento fusionará.

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Pero yo creo que está bien que haya y experiencias diferentes. Pero, en general no hay tampoco mucha… Por ejemplo, nosotros cuando sabemos que la prevalencia de obesidad infantil hay en determinadas zonas que es mucho más alta que en otras. Entonces, ¿nosotros qué decimos? Ofrecemos a través del centro de salud a las zonas que tienen esa

prevalencia de obesidad alta, reunir a todos los servicios de la zona que piensen ellos que pueden tener que ver con la reducción de la obesidad infantil o con la promoción de la obesidad infantil y que los reunamos en el centro de salud. Nosotros vamos, le comentamos qué prevalencia tienen, qué datos tenemos, qué factores se suelen… (MURMULLOS). No, no, no, no. Les preguntamos a ver si desde su experiencia piensan que esos datos son reales o no son reales. Ellos lo ven, lo viven en las áreas en las que trabajan. En ese sentido, luego lo que les planteamos es qué pueden hacer para, entre todos, reducir la obesidad infantil, y pagamos parte de lo que ellos eligen.

O sea, que no creo que en realidad, ni creo que la salud sea solo y la relación Servicio Navarro de Salud, Salud Pública sea entre el centro de salud y Salud Pública, sino que eso hay que extenderlo de alguna manera a toda la Comunidad. Yo creo que cuando se funciona así, las cosas resultan.

SR. BENGOA RENTERÍA: Pero para eso habría que subir el tema de recursos humanos que antes has dicho.

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Eso es, es que…

SR. BENGOA RENTERÍA: En Euskadi, por ejemplo, no tenía bastante gente de Salud Pública para mantener, primero, lo que ya están haciendo, que es medio ambiente, el tabaco y un montón de cosas que están haciendo y decir: no, pero vosotros treinta vais a ir a un centro de salud a ayudarles a estratificar, a hacer la conversación que usted acaba de decir. Entonces, habría que aumentar recursos humanos en Salud Pública para poder hacer este localismo, esta capacidad local de conversación.

Porque, además, cuando van y les dan los datos, en el fondo están diciendo: miren, tienen un problema, ¿cómo les podemos ayudar? Les venimos a ayudar con datos. Pero si, además, hay alguien ahí que todo el tiempo está con ese proyecto, yo creo que es muy importante que se queden en el centro de salud físicamente y que no vuelvan a una organización central que teníamos ahí en el País Vasco porque entonces enseguida el centro de salud solo hace clínica, porque no hay una especie de impulso continuo de estar llevando los proyectos hacia adelante. Entonces, habría que crear bastante capacidad de Salud Pública para distribuirlos en los centros.

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Sí. Yo por eso decía, que parte de todo eso necesita muchos incremento de presupuesto, (MURMULLOS). Pero también para qué queremos el presupuesto, que creo que comentaba la señora Ansa. Queremos presupuesto para poder generar, por ejemplo, todos los procesos.

Yo creo que los centros de salud aquí en Navarra igual tienen algunas mejores condiciones, porque hay trabajadoras sociales y luego la incorporación de las enfermeras familiares y comunitarias también puede ayudar a que esos procesos se mejoren. O sea, que creo que posibilidades tendríamos. Ahora, que se requiere más recurso y mucho más recurso humano, eso es así.

SR. BENGOA RENTERÍA: Pero la tendencia, si se fija, hablo de lo que está ocurriendo en toda España ahora es: necesito más médicos de Atención Primaria, probablemente algunos. Porque

lo que necesitamos, probablemente es más enfermería, no tanto médico, pero el debate en los próximos meses y años está capturado en: yo necesito médicos asistenciales.

Por lo tanto, la conversación que estamos teniendo ahora si la llevan, de alguna forma, hacia la ley, es bastante interesante y bastante pionera en España, sería. Porque en el resto de España no se está teniendo esta conversación, no se tiene la conversación.

Luego el último comentario que quería decir que se me ha olvidado antes es hay que ponerle cara. Que ustedes en política saben más. Pero yo, por ejemplo, cuando estábamos hablando de integrar servicios hospitalarios, primaria y tal, en Cataluña nos está pasando lo mismo, te quedas absolutamente capturado en la conversación de la integración de las piezas y de repente ha desaparecido el paciente.

Entonces dijimos que esto iba para pacientes crónicos y escribimos la estrategia de cronicidad y la traje al Parlamento, etcétera. Al ponerle cara, esto es para los pacientes crónicos. Empezó a pasar algo ya un poco diferente. Entonces, yo no sé cómo ponerle cara a la palabra «Salud Pública», pero la palabra Salud Pública no es sexi. Como no es sexi, hay que ser muy imaginativo de cómo proyectar y ponerle cara algo. ¿Por qué le estoy poniendo más recursos a Salud Pública? ¿Qué es lo que van a hacer en el centro de salud? Como les he dicho al principio, nadie les va a dar las gracias. Al médico alguien le va a dar las gracias porque va a saber que le ha salvado ese medicamento, esa cirugía. Al de Salud Pública en ese centro de salud o a la señora Echauri no le van a dar nunca las gracias.

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Bueno, ya le dan.

SR. BENGOA RENTERÍA: ¿En la calle? Bueno, genial.

SRA. ECHAURI OZCOIDI: No, pero como trabajamos mucho con el centro, con más asociaciones y eso…

SR. BENGOA RENTERÍA: Pero me refiero a la población. Para la población usted es invisible y la Salud Pública es invisible. Entonces, ponerle cara yo creo que sería interesante, hay que pensar en esa idea.

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Yo creo que otro tema gordo que no nos da aquí, yo creo que por muchas vueltas que le doy es muy difícil, es el tema de las competencias. Porque yo creo que frente al sistema, al Servicio Navarro de Salud es más fácil, pero es a las competencias de Salud Pública frente a la industria o frente a aspectos de salud laboral que realmente yo voy a un supermercado y digo que para la salud este pasillo sobra y este otro pasillos sobra. ¿Qué hacemos?

O sea, la industria, por ejemplo, tiene el dominio www.habitosdevidasaludables.com, que detrás de los anuncios publicitarios lo pone ahí abajo. Es la industria, la utiliza en anuncios que no tienen ningún beneficio para la salud. ¿Qué hacemos? A eso hay que darle vueltas, algo hay que hacer.

SR. BENGOA RENTERÍA: Hay que volver a los colegios, está claro. Por ejemplo, en Suiza, hay cantones que en los colegios no hay máquinas expendedoras y en los hospitales ya no hay

máquina expendedora de chocolates, bollos y tal. No hay. En Suiza es un país de mercado libre, que cree mucho, es un país muy abierto en este sentido, bueno pues en eso lo han regulado. Hay cosas que se pueden hacer, pero es verdad que lo grande es, en Qatar ahora en los mundiales estaba McDonald's.

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Sí. Aquí tenemos una ley que hicimos a propuesta de Salud Pública junto con Educación para regular qué se vende en las cantinas de los centros escolares y en las máquinas expendedoras. No se prohíbe vender, pero sí se prohíbe vender determinados productos que tengan una determinada proporción de azúcares o no sé cuántos. Esas cosas sí que se pueden hacer. Nosotros también lo hemos propuesto muchas veces, al menos en los hospitales y en los gimnasios.

La gente va a los gimnasios a hacer ejercicios y sale con mucha hambre y se toma una galleta de chocolate, una palmera o cualquiera de esas cosas que hay ahí que son... yo estoy de acuerdo con usted, que hay cosas que sí se pueden hacer, pero cuesta mucho hacerlas.

SR. BENGOA RENTERÍA: Sí, pero hay muchas que están funcionando bien. La prescripción de temas, de asegurar que los polideportivos den un precio mejor a aquellos que tienen una presentación de ejercicio, prohibir como los cantones suizos. Pero le toca a nivel macro, le toca a España trabajar este tema desde el ministerio. Elena Salgado hace muchos años lo intentó, entró a lo que se llama: el PEC Mac, el PEC Coca-Cola, el PEC Popcorn; y le fue mal. También es porque metieron el vino, claro, y eso no se puede tocar. Entonces, pero ya intentó entrar a la comida basura y todo eso.

No creo que vaya a estar en ningún programa electoral ahora. Pero yo haría lo que estaba comentando. La ley quizá pueda crear condiciones en un apartado que diga que a nivel local, los resultados que deberían poder obtenerse, es decir, la ley lo que pide son resultados, no anda diciendo micro comos, como he dicho. Lo que tiene que conseguir alguien en Estella son estos resultados. Estos resultados son de Salud, no son solo de cuánta gente ha ido al sistema de salud o las listas de espera. Yo le dije a su Comisión en Euskadi cuando me fui, obviamente tuve muchos líos durante cuatro años, pero les dije que no me habían preguntado por si había mejorado la salud de los vascos nunca. Me habían dicho que por qué la lista de espera, por qué tal, pero nunca me habían preguntado por la salud.

Yo creo que la ley lo que debe hacer es decir que por qué no conseguir tales resultados. Vamos a crear un entorno político, eso sí que es importante, con, por lo menos, aquellas empresas, igual más locales con las que vamos a ir a hablar para asegurar que la obesidad, por ejemplo, no sigue.

Yo creo que la Unión Europea hay un momento que va a intervenir. Lo que pasa es que la Unión Europea ahora está atrapada en guerras y otras cosas, pero va a intervenir porque la obesidad está empezando a ser escandalosa dentro de Europa. Entonces, yo creo que va a intervenir, pero no hay que esperar a eso. Tampoco hay que esperar a que el Gobierno, esté quien esté, lo vaya a hacer a nivel nacional, porque no están teniendo esta conversación ahora en el ministerio, no la están teniendo. Deberían, pero no la están teniendo. Entonces, igual su ley lo que puede hacer es dejar caer algunas cosas que son estatales.

Porque si no, estamos siempre como entrando en nosotros mismos y hay que dejar caer, mire, para que esta ley funcione hace falta que el Estado haga estas cosas. No centralizar, simplemente que el Estado haga estas cosas, que cree condiciones para que a nivel local Estella pueda hacer lo que estamos hablando con la obesidad.

En Euskadi teníamos una ley de salud escolar. Yo la manejaba un tiempo antes de estar de Consejero, unos años antes, teníamos doscientas cincuenta personas en salud escolar, se las llevó todas el sistema. Todos los enfermeros que teníamos y médicos están todos haciendo clínica. Entonces eso es el aprendizaje que le estaba comentando. Cuidado, que la gente que se mete en Salud Pública y que se financia en Salud Pública, que esas plazas no se vayan de repente a hacer clínica, porque si no, no se ha logrado.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Bueno pues ha sido un placer, estaríamos horas y horas escuchándolos, porque es todo, la verdad, para coger apuntes, pero tenemos que terminar, ya son las tres de la tarde prácticamente. Muchísimas gracias a los dos, ha sido un placer. Tienen abiertas las puertas de este Parlamento para cuando quieran. Y si nos dejan las presentaciones, las enviaremos a…

SRA. ECHAURI OZCOIDI: Se las he dado porque me las ha fotocopiado.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): (MURMULLOS). Perfecto, las grabo y se las pasaré a los portavoces. Quiero reiterar las gracias, muchas gracias.

(Se levanta la sesión a las 14 horas y 59 minutos).