



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 20 de febrero de 2023

NÚM. 6

---

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

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

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 20 DE FEBRERO DE 2023**

**ORDEN DEL DÍA**

— 10-22/CIE-00001. Comparecencia del Sr. Juan Erviti López para informar sobre modelos de gestión en Investigación y de la Sra. Lucía Artazcoz Lazcano para informar sobre el género en Salud.

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

(Comienza la sesión a las 13 horas y 4 minutos).

**10-22/CIE-00001. Comparecencia del Sr. Juan Erviti López para informar sobre modelos de gestión en Investigación y de la Sra. Lucía Artazcoz Lazcano para informar sobre el género en Salud.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Buenas tardes. Vamos a dar comienzo a esta Comisión Especial de Salud, quinta y última. Voy a recordarlo. Cerramos este ciclo de Comisiones Especiales de Salud para acordar y asentar las bases de una nueva ley foral. Hoy tenemos como expertos invitados a esta Comisión de Salud, al señor Juan Erviti López, que nos va a hablar, sobre todo, de los modelos de gestión e investigación, y a la señora Lucía Artazcoz Lazcano para informar sobre la visión de género en Salud.

Antes de darles la palabra, voy a hacer un pequeño resumen de su actividad profesional para que tengamos una visión de lo que se han estado dedicando. El señor Juan Erviti es doctor en farmacia, jefe de sección de Información y Asesoría de Medicamentos del Servicio Navarro de Salud, también coordinador del *Boletín de Información Terapéutica de Navarra*. También tiene una labor investigadora en el uso de medicamentos o investigador en Navarrabiomed, Fundación Miguel Servet, y en la actualidad es el jefe de sección de Innovación y Organización del Servicio Navarro de Salud, si no me equivoco, Juan. Gracias.

A continuación, presentaré a la señora Lucía Artazcoz, que ella es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra, diplomada en Sanidad en la Escuela Nacional de Sanidad de Barcelona, especialista en Medicina Preventiva y en Salud Pública, también en Barcelona, en Vall d'Hebron, y máster en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de Cataluña, técnica de nivel superior en prevención de riesgos laborales, especialidad Ergonomía y Psicosociología Aplicada, doctora en Medicina por la Universidad Pompeu Fabra. Ha sido Directora del Institut de Serveis de la Comunitat, Agencia de Salud Pública de Barcelona, profesora asociada del Johns Hopkins University, y responsable, además, del Programa Transversal de Desigualdades del CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Tienen más cosas. Podíamos estar aquí largo y tendido, pero he querido resumir un poco toda su actividad. Sin más retrasos, doy la palabra al señor Juan Erviti para que nos hable de esos modelos de gestión en investigación e innovación. Muchas gracias.

SR. ERVITI LÓPEZ: Muchísimas gracias por la invitación. Antes de entrar propiamente en la presentación, quería comentar que esta comparecencia la he preparado sobre la base de lo que es mi experiencia personal de investigación sobre evaluación, innovación sobre medicamentos y tecnologías sanitarias, ya más de treinta años. Siempre he trabajado desde que me formé en la iniciativa pública. Empecé en la UPNA como becario. Estuve en Osakidetza, en el Servicio Navarro de Salud. He estado un año de profesor en la Universidad de British Columbia, en Canadá, pero entendí que era muy importante entrevistarme con expertos que supieran mucho del tema y hacer una revisión de la literatura para preparar esta comparecencia.

Una de las cosas que entendí importante es hablar con los premios nacionales de investigación. En Navarra tenemos a tres premios Gregorio Marañón, que son: el doctor Jesús

Prieto, de Medicina Interna; Miguel Ángel Martínez, de Medicina Preventiva; y Jesús San Miguel, pero no pude hablar con él y, en su lugar, hablé con el segundo de a bordo, por así decirlo: Felipe Prosper. Una entrevista muy interesante, que, al final, estuvimos dos días por lo jugoso de la entrevista.

También me entrevisté con Javier Turumbay y el Subdirector de Sistemas de Información del Servicio Navarro de Salud, Nicolás Martínez de Velilla, en calidad de Director de IdiSNA; Maite Mendioroz, en calidad de Directora de Navarrabiomed; Tomás Belzunegui, como vicedecano de la Facultad de Medicina de la UPNA; y Miguel Barajas, como Director del Departamento de Ciencias de la Salud de la UPNA.

Con todos ellos estuve debatiendo largo y tendido, y fue muy interesante. En total, tres personas del ámbito privado, cinco del público. Tengo que decir que todos coincidieron bastante en sus observaciones. Había bastante coherencia. (MUESTRA DIAPOSITIVAS).

La presentación la quiero plantear de la siguiente manera. Primero, una pincelada sobre la importancia de interrelacionar investigación, docencia, evaluación e innovación. Yo creo que es importante también echar un vistazo a los presupuestos generales del Parlamento, en cuestión de investigación e innovación. La estructura orgánica y gobernanza del mundo de la investigación en salud. Es decir, los actores y cómo funcionan los actores, cómo podríamos promocionar la investigación. Un tema que a mí me parece capital, absolutamente capital, que es la evaluación de medicamentos y tecnología sanitaria. Es algo entre la investigación y la innovación, y aspectos éticos.

Simplemente quiero mencionar que a mí se me ha convocado para hablar de investigación e innovación, pero no tenemos que olvidarnos de la docencia y la evaluación, porque son actividades íntimamente relacionadas y hay que legislar armónicamente. No podemos hablar de una cosa sin la otra. Esto creo que debería estar muy presente en la mente de todo el mundo.

Se me ocurrió también ver un poco los Presupuestos Generales del Parlamento, del año 2023, en cuestión de innovación e investigación, en distintos departamentos, departamentos clave. Entonces, aquí tienen una primera imagen, en la que se refleja el presupuesto global de los departamentos, y Salud, evidentemente, tiene un presupuesto terrible, más de mil trescientos millones de euros, mientras que otros departamentos como Desarrollo Económico es mucho más modesto, no llega a ciento cuarenta millones, y el de Universidad, Innovación y Transformación Digital, diez millones, aproximadamente.

Sin embargo, cuando uno ve cuál es la proporción que se dedica a investigar, se tornan las cosas y el Salud prácticamente no investiga. Es un 0,4 por ciento de su presupuesto total. Casi el 22 por ciento del presupuesto del Departamento de Industria se dedica a investigar, y el 65 por ciento del Departamento de Universidad e Innovación se dedica a investigación y desarrollo. Es decir, los Departamentos de Industria de Universidad e Innovación tienen muy clara la importancia de la investigación y la innovación como motor del futuro.

Sin embargo, Salud tiene una mentalidad asistencial. Hay que tratar pacientes y nada más. Esto es lo que reflejan los números. Por refrescar un poco cuál es la estructura orgánica y de

gobernanza, el Departamento de Salud tiene una sección de Investigación e Innovación y Gestión del Conocimiento, con un negociado de gestión de la investigación, en el que trabaja una única persona, y que, básicamente, el cometido fundamental es la gestión de la convocatoria anual de proyectos de investigación. Es una convocatoria muy modesta, en torno a un millón de euros para todos los investigadores de Navarra.

Luego, por otro lado, está Navarrabiomed, que se creó hace unos años, con el fin de promover la investigación. Tiene una cierta estructura, con unidades de investigación, biobanco, ensayos clínicos, etcétera. En este momento alberga ciento cuarenta investigadores y nos puede dar una sensación de que aquí hay una potencia investigadora importante, pero hay que matizarlo, porque es una institución altamente dependiente de los fondos competitivos de investigación. Se ha orientado a la investigación básica y a la realización de ensayos clínicos promovidos por la industria.

Tenemos como estructura también el Comité de Ensayos Clínicos de Navarra, del cual yo fui vicepresidente durante once años, y que, básicamente lo que hace es velar por la ética de la investigación y autorizar o no los ensayos que se van a hacer en Navarra. Luego, el Instituto de Investigación Sanitaria en Navarra, IdiSNA, que esto surgió, entre otros motivos, por la necesidad de sumar fuerzas entre el ámbito público y privado para poder acceder a convocatorias y a financiación a nivel nacional o internacional, porque la masa crítica de Navarra no era suficiente yendo por separado el ámbito público y el privado, poder sobrevivir en este entorno. Esto básicamente es lo que se refiere al Departamento de Salud.

El Servicio Navarro de Salud tiene regulado por orden foral un comité de investigación que, en principio, tiene unas competencias muy interesantes, entre ellas: definir los objetivos y responsabilidades de investigación en todos los centros del Servicio Navarro de Salud, intentar incorporar de forma efectiva la investigación a la labor propia de los servicios, potenciar los servicios de apoyo, orientar la financiación y las prioridades estratégicas y evaluar el impacto de la investigación, mejorar los sistemas de información, poner en marcha nuevas plataformas de colaboración con universidades, promover la cultura y reforzar la formación e investigación. Todo es interesantísimo y todo el mundo lo avalaríamos, pero al final de la orden foral hay una nota que dice que la ejecución de las medidas estará sometida a la existencia de crédito adecuado, o sea, a que haya dinero. La realidad es que esto no se ha financiado y se quedó en buenas intenciones y poco más.

Voy a hablar ahora de los principales problemas detectados en cuanto a estructura y gobernanza. Una es que no existe una estructura apropiada en el Departamento de Salud para potenciar de forma adecuada la investigación. Otra es la pérdida de control de la política de investigación. ¿A qué me refiero? Los temas a investigar los priorizan los financiadores, y la financiación es mayormente del ámbito privado. Con lo cual, los investigadores van dirigiéndose allá hacia donde hay dinero. Además, ocurre que dentro de lo que es el sistema público, hay otros departamentos ajenos a Salud que han empezado a tener una predominancia y un papel a la hora de financiar investigación en Salud.

Por ejemplo, el Departamento de Industria para el periodo 2022 al 2025, tiene un presupuesto de más de veinte millones de euros en secuenciación de genoma y ya había invertido un dinero importante antes de esto. Son presupuestos infinitamente superiores a los que tenemos en

Salud, con lo cual, de alguna manera, estamos desviando el foco de la investigación hacia donde está el dinero, que, sin duda, es muy interesante todo esto, pero quizás nos está haciendo dejar de hacer otras cosas que también son muy interesantes.

Como decía John Ioannidis, que es un gran investigador de California, estamos pasando de la medicina basada en evidencia a la medicina basada en la financiación y en el interés particular del financiador. Esto debería llamarnos la atención y hacernos actuar en consecuencia. Por ejemplo, en esta clásica diapositiva ya lo que se quiere reflejar es que el sistema sanitario contribuye a la reducción de la mortalidad en un 11 por ciento, aproximadamente, pero consume el 90 por ciento de los recursos, cuando los estilos de vida y el ambiente pueden contribuir a una reducción de la mortalidad del 60 por ciento o más, pero prácticamente no hay recursos para esto.

Entonces, estamos llevando los recursos de forma poco eficiente y quizás deberíamos darle una pensada a todo lo que se hace. Otro problema importante detectado es el uso clínico de los datos. Cuando la ley se publicó en el año 1990 no existían datos clínicos. Era todo papel, pero ahora las historias clínicas se pueden utilizar. Se ha creado una base de datos llamada Bardena, que integra la información de las historias clínicas y otras bases, y está pendiente establecer una gobernanza de los datos, que creo que la ley futura debería hacerlo, y es un tema vital de capital importancia.

Creo que es muy bueno que ustedes sepan que se está creando un espacio nacional de datos para volcar todos los datos clínicos de los pacientes de toda España y, además, un espacio europeo de datos. Este es un tema muy difícil y muy polémico, porque en el actual borrador de la Directiva Europea o, mejor dicho, Reglamento europeo, que contempla el uso de datos clínicos de los pacientes, se dice expresamente que podrá utilizarse con fines comerciales. Mañana, precisamente, tengo una reunión con el Director de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española del Medicamento para abordar este tema.

Esto de fines comerciales quiere decir que estos datos se podrán vender a compañías que podrán utilizarlos, pero lo que sospechamos no solo gente como yo, sino gente a nivel de la Agencia Española del Medicamento, que el trasfondo que tiene esto es dejar de hacer ensayos clínicos para utilizar datos de las historias clínicas, para hacer estudios observacionales que, inevitablemente, van a tener peor calidad que los ensayos clínicos. Pero con ellos justificar la autorización de nuevas indicaciones y expandir los nichos comerciales de los medicamentos, con evidencia, probablemente, en muchas ocasiones, muy dudosa. Con lo cual, esto pone muy en riesgo las decisiones tomadas con base en evidencias sólidas, y aparte que puede meternos en una vorágine comercial muy peligrosa.

Entonces, este es un tema de vital importancia, que, con toda seguridad, vamos a tener el corsé de la regulación europea que haya al respecto, pero tampoco descarto que haya redactados interpretables o relajados, porque aquí una de las cosas que se puede violar es el principio de subsidiariedad, y los países son muy sensibles al respecto, y es posible que se busquen redactados intermedios que permitan un cierto protagonismo a la regulación local o a la decisión local de qué hacer con los datos, y algún día habrá que decidir si los datos de los navarros van a ir a un repositorio europeo con fines comerciales o no. Esto el Parlamento tendrá que decidirlo.

Otro de los problemas detectados es la mala adecuación del perfil profesional a las necesidades actuales. El sistema público es muy rígido. Las categorías profesionales no siempre encajan. Yo, cada vez que hablo con los de Personal y les digo: «Es que necesitaría una persona con capacidad investigadora, evaluadora, experta en metodología». Me dicen: «¿Tú quieres: un pediatra, una enfermera o qué quieres?». «No, es que no hay otra cosa». Entonces, estamos encorsetados y las necesidades van más allá de lo que nos ofrece la estructura laboral de la Administración.

Entonces, para intentar solventar esto se han ido creando fundaciones, como Navarrabiomed, que intentan puentear estas dificultades. No siempre se consigue. Entonces, ahora se está hablando de la creación de una agencia de contratación, que, de alguna manera, esto debilita al sistema público. Por el hecho de no adaptarnos a los tiempos modernos y flexibilizar razonablemente algunos aspectos de la función pública, es posible que nos —perdón por la expresión— nos salga el tiro por la culata con este tipo de soluciones.

Otro tema importante es que el sistema público no puede fichar legalmente líderes potentes de equipos de investigación. El sistema privado lo tiene más fácil. Por ejemplo, la Universidad de Navarra fichó en su día a Jesús San Miguel, un hematólogo muy potente, que ha generado una cantidad de investigación, de proyectos y de masa crítica, lo mismo que hizo con Miguel Ángel Martínez, ambos Premio Nacional Gregorio Marañón. Entonces, el sistema público sería deseable que tuviera esa posibilidad, la de fichar líderes que hicieran detractores de equipos.

Entonces, como propuestas de actuación, sería deseable: una financiación adecuada de la investigación por parte del Departamento de Salud; una estructura adecuada, de tal manera que el Departamento de Salud tenga objetivos propios, capacidad de gestión y evaluación de los resultados de investigación; esta estructura debería contar con órganos de apoyo y expertos en conflictos de interés; como decía antes, es importante legislar sobre el uso de datos clínicos de los individuos de Navarra; mejorar el perfil profesional de los investigadores y hacerlo compatible con su contratación con parte de la Administración; y yo no descartaría que hubiera que buscar una cierta independencia del Departamento de Función Pública del Gobierno de Navarra para ejercer *de facto* la atribución que tenemos de organismo autónomo, pero que no es tan autónomo, realmente.

Otro problema es la falta de una masa crítica investigadora. Como decía al principio, siempre se ha priorizado la asistencia dentro del Servicio Navarro de Salud, pero sin investigación no puede haber progreso ni mejora alguna.

La ausencia de política pública de investigación provoca que la iniciativa privada marque la dirección. Tenemos unas estructuras realmente pobres de apoyo a la investigación. Aunque sí que tenemos instituciones como Navarrabiomed, pues hay carencias de servicios. Por ejemplo, sería deseable que apoyaran a los investigadores a la hora de realizar las memorias para redactar ensayos clínicos propios. Apoyo en la solicitud de patentes, trámites burocráticos, etcétera; cosas muy importantes para que esto salga adelante y que todavía no existen.

Otro tema vital es la ausencia de puestos de trabajo con dedicación parcial o total a la investigación. Sí que ha habido una experiencia previa. Es los profesionales intensificados. A través de Navarrabiomed había becas financiadas por entidades bancarias, en las que los

investigadores o profesionales del Servicio Navarro de Salud se les liberaba al 50 por ciento o al cien por cien durante un año o dos. Entre ellos, el Director de IdiSNA, Nicolás Martínez Velilla, ha sido uno de los afortunados. Pero uno o dos años después se acaba la beca y se acabó la historia.

Entonces, esto, de alguna manera, debería incorporarse e integrarse como parte de la estructura y la estrategia del Servicio Navarro de Salud. Deberíamos tener la figura de un profesional intensificado, que ya existe en la UPNA. Hablando con Tomás Belzunegui, el vicedecano de la Facultad de Medicina de la UPNA, me comentaba que ya tienen un borrador de acuerdo, que parece que la firma es inminente, entre la UPNA y el Departamento de Salud para intensificar a profesionales de salud, de modo que puedan ser profesores en la UPNA y esto dé un impulso a la UPNA. Esta figura sería muy interesante que existiera también para investigar, no solo para la docencia en la UPNA, sino para generar esa masa crítica.

También sería muy importante posibilitar la formación de investigadores en centros de referencia; cosa que curiosamente existe para los MIR, para los profesionales en formación, pero no existe para los formados o para los investigadores más profesionales, entre comillas. Hay una pequeña beca del Departamento de Salud para esto, pero es muy insuficiente, además, exige que el investigador se pague todo y luego se le reembolsan los gastos. Tiene muchas limitaciones.

La falta de apoyo para creación de unidades especializadas de referencia. Yo cuando estaba en la anterior legislatura con Luis Gabilondo de Director General de Salud y Óscar Moracho de Gerente, hubo un intento de que Navarra se crease como un centro de referencia para ciertas terapias génicas, celulares, mejor dicho, los CAR-T, de tal manera que pacientes de La Rioja, Aragón, etcétera, fueran derivados aquí, dada la especialización que se estaba teniendo aquí con un cierto tipo de terapia.

Estas unidades pueden ser muy interesantes, porque tienen una vocación clínica y de resolver los problemas muy clara. Son punteras, y a la vez conllevan una actividad investigadora muy importante. Esto no salió por distintos motivos, entre otros, que se cambió la legislatura y los actores cambiaron. Pero sería muy interesante que en Navarra pensáramos en facilitar las condiciones para poder tener centros de referencia, locales y nacionales, de este aspecto, de este tipo.

Otro de los temas que sacaron casi todos los entrevistados fue el descuido de la investigación clínica y epidemiológica. Volviendo al ejemplo de antes, se está invirtiendo mucho dinero en una investigación básica, secuenciando genomas, que está superbién, pero nos hemos descuidado de la investigación clínica.

¿Qué entiendo yo por investigación clínica, independiente, por supuesto? Por ejemplo, en el Hospital San Pau hace no mucho hicieron un ensayo clínico para ver si el plasma rico en plaquetas; es decir, esto que le hacen a Nadal y a algún que otro famoso, extraer sangre para enriquecerlo en plaquetas y luego volver a inyectarlo, si esto funciona o no funciona o en qué medida funciona. En este tipo de investigación tenemos muchas dudas de muchas cosas que deberíamos investigar y no hay medios ni recursos, y sería muy importante.

Otro problema importante es la falta de reconocimiento de la actividad investigadora. No está reconocido a nivel de mérito curricular, y esto desincentiva mucho. Yo tengo una compañera de trabajo, por ejemplo, que tuvo una beca de investigación en el Hospital Universitario. Estuvo tres años y le contó cero puntos de tiempo de trabajo. Entonces, se fue al fondo de la lista de contratación y es la tía más válida que he visto yo en mi vida. Pero estaba en la última de la lista. Entonces, esto realmente es muy frustrante para alguien que tiene una vocación, que quiere mejorar las cosas, etcétera. Hay un cierto desinterés por la investigación pregrado y formación especializada.

Voy a acelerar para no ocupar demasiado tiempo. Entonces, entre las propuestas de actuación, creemos que una propuesta clave es tener un presupuesto estable de investigación, pero ojo, para servicios clínicos y otros departamentos. Es decir, que el servicio de Medicina Interna, que el servicio de Neumología, tengan un presupuesto ya asignado para investigación, de tal manera que, si se puede liberar a media persona o a una persona se haga de forma estable, no buscando una beca a una entidad bancaria. Entonces, esto sería fundamental y estaría en consonancia armónicamente con lo que se está haciendo para la universidad pública para la intensificación de profesores.

Sería bueno ampliar la cartera de servicios en los centros de apoyo, como Navarrabiomed, posibilitar la formación en centros de referencia, favorecer las condiciones para el establecimiento de unidades especializadas. Potenciar la investigación clínica independiente y epidemiológica. Aquí habría que hacer una mención especial a la Atención Primaria, que en estos momentos está pasando tiempos muy duros y de indefinición y de pérdida, de rumbo totalmente. Creo que esto podría ayudar mucho a recuperar su atractivo y el prestigio académico de la Atención Primaria. Creo que hay que mirarlo de forma especial. Habría que legislar para que la actividad investigadora sea un mérito curricular, facilitar la formación en investigación en alumnos pregrado. Mi penúltimo punto ya está relacionado con la evaluación.

La evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias, que en la ley de 1990 no se contempla, para mí es un aspecto absolutamente nuclear. Tengo que confesar mi conflicto de interés. Es que me dedico yo bastante a esto. Pero es algo entre la investigación y la innovación. Ahora se habla mucho de la investigación traslacional, que, en teoría, consiste en que desde la investigación pura y dura desde el laboratorio, por así decirlo, queremos llegar a la cama del paciente y aplicar estas mejoras, que es lo que todos queremos hacer. Pero nos olvidamos del paso intermedio. Es que tiene que haber una serie de gente que evalúe y que realmente nos asegure que lo que se va a implementar al paciente merece la pena, que tiene un valor añadido, que la relación beneficio-riesgo es adecuada, que no vamos a hacer más mal que bien.

Es decir, tenemos que ver si procede incorporar las innovaciones o las novedades y en qué condiciones habría que hacerlo. No hay que olvidarse que el 85 por ciento de las cosas nuevas no tienen valor añadido, son más caras. Aquí hay muchos conflictos de interés.

La Agencia Europea del Medicamento, que es quienes aprueban los nuevos medicamentos, tiene un presupuesto de más de cuatrocientos millones de euros al año. Según su propia página web, el 86 por ciento de los recursos son industria farmacéutica. Es decir, está totalmente mediatizada por los intereses de la industria.



Entonces, ellos aprueban los medicamentos, por ejemplo, y hay una organización, que son los informes de posicionamiento terapéutico, en los cuales estamos trabajando nosotros, que deciden, en conjunto con todo el Estado y profesionales de todo el Estado, cuál es el uso adecuado, teniendo en consideración el marco y otras alternativas terapéuticas. Estos informes, el ministerio los utiliza para decidir la financiación o no, fijar los precios y establecer unos criterios de uso. El problema es que todo es mejorable. Esto funciona relativamente bien, pero ahora hay una iniciativa a nivel europeo para acabar con esto. Ya que tenían controlado de forma centralizada la autorización, controlar de forma centralizada el uso. Hay una regulación europea sobre tecnologías sanitarias, que incluye medicamentos, para que haya un comité único a nivel de toda Europa, que decida lo que estamos diciendo ahora, y nos obliguen a utilizar los medicamentos y tecnologías con los criterios que nos vengan dados desde Europa. Esto también vulnera el principio de subsidiariedad. Hay muchas polémicas. Pero los tiros van por ahí. Entonces, habrá que luchar adecuadamente para que se nos respete. Luego ver en este contexto qué es lo que se puede hacer.

Pero para mostrar un poco la importancia de todo esto traigo a colación un ejemplo que lo viví yo personalmente. Este es un medicamento que nadie conocerá en esta sala. Se llama vorapaxar, y voy a explicar por qué nadie lo conocerá.

Cuando estuvimos evaluando este medicamento, todos los meses vamos a Madrid a luchar con la Agencia Española del Medicamento y con otras comunidades. Yo vi que era un medicamento nuevo anticoagulante, para que nos entendamos, pero yo vi que los efectos adversos eran gravísimos, que había dos ensayos clínicos, que las hemorragias cerebrales eran terribles y eran los daños muy superiores a los beneficios.

Entonces yo digo: «Pero ¿cómo es posible que esto lo hubiera aprobado la Agencia Española del Medicamento, la Agencia Europea?». Vi que habían picoteado unos datos de un ensayo y se habían olvidado de lo que querían olvidarse de un ensayo y habían hecho lo propio con otro ensayo, con eso habían hecho el EPAR, el informe público de la Agencia Europea, hasta que me di cuenta qué había pasado. ¿Qué había pasado? Que este medicamento lo había desarrollado una empresa que se llama Schering-Plough, y se lo vendió en el momento de la autorización a Merck por 41.000 millones de dólares. O sea, el papelillo con la patente de «a partir de ahora usted puede comercializar esto» costó 41.000 millones de dólares. Tenían previsto unas ventas de 5.000 millones de dólares al año en retorno. Claro, yo ya me di cuenta que después de esta inversión, este medicamento se iba a aprobar sí o sí.

Nosotros conseguimos que el ministerio nos lo financiara. Fue un logro increíble. Pocos años después, el medicamento desapareció por las muertes que estaba produciendo. Con lo cual, de alguna manera, se salvaron muchas vidas. Evitamos un desastre económico. La evaluación es muy importante y la ley debería contemplarlo.

Este es un ensayo, un estudio que publicamos en la revista Medicina Clínica, hablando de estas cosas. Esto no se restringe al tema de los medicamentos. Este es un artículo del *British Medical Journal*, en el que advierten a los médicos que hay que tener cuidado con las promesas y los peligros con los *test* genéticos, porque hay que usarlos bien. Son maravillosos. Pero podemos llegar a conclusiones muy erróneas si lo interpretamos mal. Evidentemente, la iniciativa privada tiene interés en fomentar la actividad y no siempre es adecuado.

¿Qué órganos evaluadores tenemos en el Servicio Navarro de Salud? Tenemos la Comisión Central de Farmacia, que evalúa medicamentos de determinadas características, huérfanos, medicamentos de aprobación condicional. Una serie de medicamentos. Luego está una comisión que se llama MAPAC, que la presido yo en estos momentos. Esto surgió cuando Óscar Moracho, entonces gerente del Servicio Navarro de Salud me dice: «Mira, estoy encantado de cómo evaluáis los medicamentos y estas cosas, pero me gustaría que ampliarais la mirada y que os pusierais a evaluar y a investigar en procesos médico-quirúrgicos, tecnologías, etcétera, y ¿te animas?». Y yo: «Me animo». Se creó esta comisión, en la cual hay treinta profesionales de todas partes de Navarra, profesionales sanitarios, y los que ven un problema o algo que hay que mejorar, lo ponen sobre la mesa. Nosotros hacemos una labor de investigación, de evaluación de la bibliografía, etcétera, discutimos con los profesionales todo, y se llega a implementar un proyecto que va avalado por una instrucción del gerente del Servicio Navarro de Salud.

Para que nos hagamos una idea, volviendo al tema del plasma rico en plaquetas, vimos en un informe, hicimos un informe y vimos que en su aplicación de rodilla no tenía absolutamente ningún beneficio. Se hizo la instrucción pertinente para que se dejara de utilizar en el Servicio Navarro de Salud esta intervención, y no solo eso, vimos que de todos los estudios que había, tan solo uno decía que era beneficioso. Pero conseguimos los datos auténticos de ese estudio y vimos que habían mentido y que habían falseado los datos que realmente ocurrieron en el ensayo. Hemos publicado este artículo, se publicó hace dos, tres semanas, en la revista *Trials*, publicando los datos verdaderos de aquel estudio, que es un tema que ahora se llama Restauración de ensayos clínicos: poner los datos verdaderos, no los que no se han publicado.

Nos estábamos gastando un cuarto de millón de euros solamente en los *kits* para hacer esto. A esto habría que añadir el coste de personal, de tiempos de quirófano, etcétera. Eso se dejó de utilizar. Es un dinero que no se pierde. Son quirófanos que se liberan para otras cosas. Es todo mejoras.

Entonces, esto es algo muy importante. Ya para ilustrar la poca fiabilidad y la falta de transparencia que nos cabe esperar de los reguladores, y por ello la importancia de tener gente independiente que evalúe cuestiones de salud, de tecnología sanitaria y de medicamentos, aquí les pongo lo que es el circuito habitual de cualquier estudio de investigación. La doctora Fanlo sabe mucho de esto. Pero cuando haces un ensayo clínico tú tienes un cuaderno de recogida de datos que el investigador que está a pie de la cama del paciente va rellenando. Con esa información, la compañía, ya no el investigador, sino la compañía, hace una base de datos con todos los datos del estudio. Con esa base de datos publica un informe que suele ser tremendo. Estamos hablando de cincuenta mil páginas, cien mil páginas, y de aquí sale un estudio publicado en una revista médica. Concretamente, en este ejemplo es un medicamento para bajar el colesterol, que la publicación en el *New England* son nueve páginas, pero el estudio completo tiene más de cincuenta mil páginas.

Yo vi la publicación y veía cosas muy raras, como que teóricamente era un medicamento muy bueno, pero luego aumentaba la mortalidad total y la mortalidad cardiovascular, lo que era incoherente. Entonces, conseguí los cincuenta mil folios y vi que había habido mucho fraude. Para ilustrar un poco el fraude que había habido aquí, por ejemplo, en la página 23.825, ahí se

ven todas las muertes que hubo en el ensayo. Arriba, a la izquierda verán que pone «adjudicación, muerte cardiovascular», en amarillo. Esto quiere decir que el médico que vio al paciente dijo que se había muerto por problemas cardiovasculares, pero a la derecha ven «muerte no cardiovascular, trauma». Esto es lo que determinó el comité que decide sobre las causas de muertes, que era de la compañía. O sea, contradijo a la compañía a lo que había dicho el médico, el clínico. Si uno lee más abajo lo que pone en amarillo, dice: «El día 267 el sujeto experimentó un infarto de miocardio y un *shock* cardiogénico y se murió». Es decir, que en este informe nos dicen explícitamente que murió de un infarto.

Entonces, aquí lo que se ve es que se enmascaró un infarto. Entonces, empecé a mirar más y más y vi que había muchos casos de estos y que había un interés claro en esconder infartos y esconder problemas cardiovasculares, y al final publicamos este artículo en Nochevieja, hace mes y medio, restaurando los datos de este ensayo, advirtiendo a los médicos que tienen que ser muy escépticos con estos medicamentos, porque es más que probable que aumenten los problemas cardiovasculares y la mortalidad de origen cardiovascular, a pesar de que baja el colesterol.

Entonces, esto ya nos descoloca, y esto nos hace ver un poco la importancia de este tipo de trabajos y de evaluaciones. El otro día me llegó un correo electrónico de la revista, diciendo que es el artículo más leído de la revista en los últimos diez meses, a pesar de que tiene poco tiempo a disposición pública. Entonces, ha tenido mucho impacto.

Luego, la innovación, olvidada. Donde no hay dinero, pues nos olvidamos de todo. De alguna manera, la legislación debería evitar esto. Voy a poner un ejemplo. Hay pacientes, por ejemplo, que tienen un problema cardiovascular. Se les va a poner un *stent*, y si tienen alguna anatomía, algún problema anatómico complicado, se les dice que lo sienten mucho, pero no se puede poner un *stent*. Este es el caso de un paciente, en el que el aneurisma, que es este engrosamiento que se ve ahí, estaba muy cerca de dos arterias, de dos venas que hacía imposible poner un *stent*.

Entonces, una de las cosas que se ha hecho en el Servicio Navarro de Salud es poner un servicio de impresión órganos 3D, que lo montamos nosotros, de tal manera que, con imágenes de radiología, fabriquemos una pieza en plástico de la anatomía del paciente. Aquí vemos cómo el *stent* que se va a colocar al paciente, se introduce en esa pieza de plástico. Se le hacen los orificios a mano, en plan totalmente casero, los orificios adecuados para que se adapte a la anatomía de ese paciente. Este paciente, según los de cardiovascular, nos dijeron claramente que salvaron la vida gracias a esta tontería. Que salvó la vida a este paciente, gracias a esta tontería, que además no cuesta dinero. Pero que no se promociona este tipo de actividades, pues porque no hay compañías detrás con un interés.

Propuestas de actuación: incorporar la evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias a la nueva ley; definir las condiciones que deben tener estos órganos evaluadores, porque tanto en la Comisión de Farmacia como en la Comisión MAPAC tienen una regulación muy floja de orden foral y de resolución del gerente, pero es importante que tengan un apoyo sólido, una regulación de conflictos de interés, un rango legal adecuado, y reforzar su carácter ejecutivo y vinculante; para mí es muy importante obligar a todos los proveedores de medicamentos y tecnología sanitaria a facilitar toda la información existente, porque nos ocultan muchas cosas

para posibilitar una evaluación adecuada a sus productos. En caso de que lo incumplieran, debería haber sanciones importantes.

Ya el último punto son los aspectos éticos. La transparencia en todo el proceso de la gestión debe ser clara en todos los procesos de investigación, docencia, evaluación, innovación. La ausencia de conflictos de interés es absolutamente fundamental. La formación del personal sanitario creo que tenemos que empezar a pensar que descansa en las compañías farmacéuticas, y esto es implícitamente un sesgo tremendo. Esto da pie a malas informaciones, a intereses, a sesgos que perjudican tanto a pacientes como el sistema público, y hay que desvincular la formación de profesionales y de los proveedores. El Gobierno de Navarra sería quien debería asumir esto.

Ahora todos los pagos a los profesionales sanitarios son públicos. Entonces, cuando entra uno a cualquier compañía. Por ejemplo, estos GSK, Glaxo, pues ve los pagos que reciben los médicos. Entonces, ahí uno ve que por ir a dar una charla al centro de salud se cobran del orden de mil euros, etcétera, que muchas veces las presentaciones las facilita la propia compañía. Entonces, esto sesga mucho, y deberíamos pensar en una forma. Navarra tiene autonomía fiscal, si no es posible hacerlo contra los presupuestos globales, puede haber otras vías, como aplicar unas tasas a los proveedores, de tal manera que se genere una bolsa para formación que se gestione independientemente, sin conflictos. Hay muchas posibilidades.

Ya cuatro ideas para finalizar. Una, que la formación en investigación capacita a los sanitarios para la lectura crítica de la literatura científica, y les hace mejores profesionales y menos manipulables. O sea, ya la formación e investigación *per se* te abre la mente y te hace ver más y te capacita para ser mejor.

Por otro lado, sin investigación no hay progreso, y sin evaluación de la investigación no hay sostenibilidad ni valor añadido para el paciente ni para el sistema sanitario. Hay que dejar claro que no todo el mundo tiene que investigar. Esto es muy vocacional y, probablemente, es para una minoría, pero es una minoría muy importante la que tiene que investigar. Lo que sí sería deseable es que la mayoría de los servicios, del Servicio Navarro de Salud, desarrollasen alguna actividad investigadora de forma estable y de calidad contrastada. Este es mi resumen. Muchas gracias, eskerrik asko, y quedo a su disposición.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Erviti. Damos la palabra a la señora Lucía Artazcoz, que nos va a hablar de la perspectiva de género en salud.

SRA. ARTAZCOZ LAZCANO: Buenas tardes. En primer lugar, quiero agradecerles la invitación para compartir con ustedes algunas reflexiones. Siempre es un placer volver a mi tierra.

Como punto de partida ligo con algunas de las cosas que ha dicho mi compañero, Juan, importante tener en cuenta que están hablando de una ley de salud, no una ley de enfermedad. La salud, hay que recordarlo, él ha presentado una diapositiva antes. La salud depende fundamentalmente de las condiciones de vida de las personas. El 80 por ciento de la salud depende de las condiciones de vida.

Ciertamente, en la diapositiva que mostraba antes, los estilos de vida, los hábitos relacionados con la salud tienen un porcentaje alto. Pero es que estos hábitos no son una decisión individual

y libre de las personas, sino que vienen configurados por las condiciones del entorno físico y social en el que vivimos. Por tanto, atención.

Dicho esto, también quiero remarcar que, pese a que la salud depende fundamentalmente de las condiciones de vida de las personas, necesitamos un sistema sanitario fuerte y de calidad, porque cuando estamos enfermos necesitamos que nos curen.

Yo recuerdo cuando la crisis económica, la primera, la de 2008, un Consejero de Salud de la Generalitat se apropió de este discurso de los determinantes, para sorpresa de todos. Claro, fue acompañado de los recortes en Sanidad.

Segundo punto. Estas condiciones de vida no se distribuyen de manera aleatoria, sino que las personas de determinada clase social, género, estatus migratorio, etnia, presencia de algún tipo de discapacidad, tienen peores condiciones de vida. Por tanto, atención a las desigualdades sociales en la salud, que son diferencias sistemáticas e injustas y evitables entre colectivos. Las desigualdades sociales de la salud dependen de las decisiones políticas. Decisiones políticas que facilitan el acceso a la vivienda, a la educación, a la sanidad, contribuyen a reducir las desigualdades sociales. Si, por el contrario, esto depende, este acceso depende de los ingresos, aumentan las desigualdades sociales. Por tanto, la atención, finalmente, el gran determinante social de la salud son las políticas.

El guion, en primer lugar, ¿por qué incorporar la perspectiva de género en la salud? ¿Porque está de moda? ¿Porque es políticamente correcto? Mi tesis es que no hacerlo es mala praxis.

En segundo lugar, ¿qué significa perspectiva de género en la salud? En general, hay una enorme confusión sobre lo que significa perspectiva de género o desigualdades de género. En muchos casos, cuando se habla de género y salud se hace sinónimo de la salud de las mujeres. Esto no es así. La perspectiva de género está relacionada con la salud de las mujeres y de los hombres. En otros casos, y más recientemente se identifica género con un discurso de identidad de género, que, evidentemente, la identidad de género está incluida, es uno de los elementos a tener en cuenta en la adopción de una perspectiva de género en el estado de salud, pero no es el elemento más fundamental.

Finalmente, algunas claves para incorporar la perspectiva de género en la salud, ahora, que tienen la oportunidad de hacer una nueva ley. El primer punto, ¿por qué incorporar perspectiva de sexo, género en la salud? Este es un artículo del *Lancet* 2013. Género y salud global, evidencia política y verdades e inconvenientes. En este artículo, *Lancet* señala que el género no existe o la perspectiva de género no existe o se entiende mal, y solo en algún caso está transversalizada en las políticas de salud global y programas.

Entonces, en este mismo artículo señalaban, en muchos casos se entiende perspectiva de género en la salud como poner el foco en la salud de las niñas y de las mujeres, y dice: «Es normal globalmente, las mujeres y las niñas tenemos peores condiciones de vida que los hombres y los niños». Pero definitivamente incorporar perspectiva de género a la salud es hablar de mujeres y de hombres y de una orden de género que determine y configure las oportunidades que tenemos, nuestros valores, nuestras actitudes.

Artículo muy reciente, 2020, publicado también en *Lancet*. Un artículo con una perspectiva muy médica, clínica, que ponen de manifiesto esto que les comentaba de incorporar la perspectiva del sexo-género en el abordaje de la salud y de la enfermedad, es fundamental para una buena práctica. Porque las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, y también este orden de género que genera diferentes oportunidades, de vivir de diferentes maneras de vivir en uno y otro sexo, condicionan la epidemiología, la distribución de la salud y la enfermedad, los mecanismos a través de los cuales se generan las enfermedades, las manifestaciones clínicas, la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Esto desde el punto de vista, sobre todo de diferencias biológicas. Pero también, y en este artículo se pone el foco en las desigualdades de género, el orden de género. Determina cómo nos comportamos mujeres y hombres a la hora de pedir asistencia o a la hora de recibirla.

Por tanto, lo que señalan, es necesario este abordaje, tanto en la investigación como en la clínica, de sexo y género en el diagnóstico, la prevención, el tratamiento. Esto es bueno tanto para las mujeres como para los hombres.

Esta es una tabla que se presenta en este artículo, en el que se analizan diversos problemas de salud y se analizan las diferencias de sexo en estos diferentes problemas de salud y las diferencias de género. Por ejemplo, diferencias de género, desigualdades de género, por ejemplo, en las enfermedades renales, menor probabilidad de recibir trasplante en mujeres, por ejemplo. Muy interesante. Esto es algo que siempre cuando pregunto a mis alumnos, a ver: «Diferencias entre mujeres y hombres en algún tipo de enfermedad». Dicen: «El infarto agudo de miocardio». Siempre sale esta.

El infarto agudo de miocardio en ambos sexos. Este es un artículo igualmente muy reciente de la revista *Heart The Circulation*, que tiene un alto factor de impacto. El infarto agudo de miocardio, tanto para hombres como para mujeres el principal síntoma es el dolor retroesternal con irradiación a brazo izquierdo, ese dolor horrible. Pero en mujeres también hay otros síntomas más inespecíficos, como dolor en la mandíbula, malestar general, problemas en la respiración, náuseas, que a muchas no hacen sospechar que están sufriendo un infarto del miocardio, y también algunos profesionales, afortunadamente, menos que antes, no les hace sospechar el que estas mujeres puedan estar sufriendo un infarto agudo de miocardio.

Cáncer de tiroides, otro problema de salud con lectura de género. El cáncer de tiroides, a cualquiera se le pregunta, la población general sabe que el cáncer de tiroides es muchísimo más frecuente en mujeres que en hombres. Esto lo tenemos claro, pero no es tan claro. Estamos sobrediagnosticando cáncer de tiroides en mujeres. Como esperamos que las mujeres tengan más cáncer de tiroides, las grandes diferencias en la incidencia del cáncer de tiroides entre hombres y mujeres son en los cánceres de tiroides muy pequeñas, que muy probablemente la mayor parte no evolucionarían para nada. No causarían ningún mal. Pero a estas mujeres las estamos tratando, y de manera agresiva.

Entonces, en este artículo dicen: «A la hora de la autopsia, estos cánceres pequeños tienen la misma prevalencia, tanto en mujeres como en hombres». Donde no hay diferencias en el cáncer de tiroides cuando estamos vivos es en el cáncer de tiroides grave. Este sí que lo detectamos igualmente en hombres y en mujeres.

La conclusión es, estamos sobrediagnosticando cánceres en mujeres, cánceres que no tendrían ninguna relevancia, sobrediagnóstico. Estamos diagnosticando lo que no deberíamos diagnosticar, que igual con esas técnicas de las que hablaba antes, Juan, que cada vez son más precisas y tal, yo leía algún artículo muy provocador hace poco, decían: «En realidad, el cien por ciento de la gente tenemos que cáncer. Como nos hagan esas imágenes muy fileteadas, muy finitas, nos van a encontrar algo, que igual desaparece solo o igual nunca nos da problemas». Entonces, sobrediagnóstico en mujeres e infradiagnóstico en hombres.

Desigualdades de género en el sistema sanitario. En este artículo se analizaba el género, en el sentido de que nos comportamos diferente y el sistema sanitario se comporta diferente, los profesionales sanitarios también lo hacen de manera diferente, según el sexo tanto de los pacientes como de los profesionales. Aquí, por ejemplo, en relación con el acceso, muchas veces, las mujeres, por ejemplo, llegan más tarde a tratarse de un infarto agudo de miocardio, y, en parte, por las competencias, el conflicto entre ir a los servicios sanitarios y tener que cuidar de la casa, del hogar, o dejarlo todo preparado.

Las decisiones, el acceso a las decisiones las toman mayoritariamente hombres. Hay un enorme, en general, en toda la sociedad, la probabilidad de ocupar puestos de decisión es superior en los hombres y, por tanto, se toman decisiones desde esta socialización de género que es diferente en hombres y en mujeres.

Interacción profesional paciente. Los ingleses utilizan el término de, cuando estamos en una visita, tanto el profesional como el paciente, estamos haciendo *due gender*. Estamos haciendo género. Si yo soy hombre, yo no voy a llorar si estoy triste. No puedo demostrar debilidad. Estoy generalizando. Soy epidemióloga. O sea, hablo de la salud colectiva. El profesional sanitario no va a pensar que yo tengo una depresión. Va a intentar detectar qué problema biológico hay por ahí. Comunicación médico-paciente, que es diferente en función del sexo del médico, del paciente, profesional sanitario, paciente, el estilo de comunicación, la comunicación no verbal es diferente. Exhibición de poder. Pasan infradiagnosticadas osteoporosis y depresiones en hombres, pasan sobrediagnosticados muchos problemas de ansiedad y depresión en mujeres. Porque ya tenemos la etiqueta de «es mujer». Luego, debe estar nerviosa.

Muchos estudios observan cómo ante los mismos síntomas los profesionales sanitarios, independientemente de su sexo, mismos síntomas en hombres y mujeres, tienden a pensar y hacer los esfuerzos necesarios que en el caso de las mujeres estamos hablando del problema de ansiedad, de depresión. Por tanto, salen ansiolíticos, antidepresivo de la consulta con más frecuencia y en los hombres se piensa que hay que descubrir cuál es esa causa biológica y, por tanto, pedir pruebas complementarias.

Otras diferencias, consecuencias, diferencias en la prevención. Hay artículos que observan que las mujeres profesionales tienen más tendencia a recomendar estrategias de prevención. Los patrones de derivación son diferentes, según seas una paciente mujer o una paciente hombre, el uso de medicamentos también, más caros o más baratos, en función del sexo. Diferencias.

Por tanto, como resumen, la primera pregunta que planteaba era por qué una perspectiva de sexo-género en la salud es porque es políticamente correcto, es porque es moda. Pues no, es

porque tenemos que entender el porqué de los diferentes patrones de salud de enfermedad, la prevalencia distinta, problemas de salud entre mujeres y hombres, la sintomatología puede ser distinta, y hay muchos problemas de salud, pero, entre otros, el infarto agudo de miocardio, quizá sea lo más conocido. La respuesta al tratamiento también puede ser diferente y el pronóstico.

Tenemos hábitos relacionados con la salud, lo que se llama estilos de vida, conductas relacionadas con la salud que son diferentes en hombres y mujeres. Por tanto, esto condicionará también nuestro estado de salud. Las conductas relacionadas con la salud no se distribuyen de manera aleatoria. Están configuradas socialmente. Por tanto, tenemos que entender esas raíces sociales.

Tenemos diferentes conductas relacionadas con el uso de servicios sanitarios y diferentes respuestas de los servicios sanitarios. Vamos a ir transitando, o voy a tratar de transitar por estos puntos. Primera pregunta, ¿qué significa incorporar la perspectiva de sexo-género en salud? Ya hemos dicho que no se trata de analizar la salud de las mujeres. Este es otro artículo de *Lancet*, de 2019, que me encanta. Para explicar qué significa la perspectiva de género en estado de salud considera dos aspectos.

Por un lado, las normas restrictivas de género. ¿Qué significa? En la sociedad existe un orden de género, que significa que asigna a hombres y mujeres diferentes maneras de comportarse. Lo que es normal para los hombres puede no serlo para las mujeres, de comportarnos, valores, actitudes. Existe lo que es femenino, lo que es masculino. En general, lo que es masculino está más valorado socialmente en este orden de género. Estas normas restrictivas de género que hemos de seguir para que la sociedad no nos penalice, y esto se pueda traducir en problemas de salud, son tanto para mujeres como para hombres. Además, hay desigualdades de género. Desigualdades de género es las desigualdades en el acceso y el control sobre los recursos y el poder. Hay desigualdades. Los hombres, en general, tienen más acceso y control sobre los recursos. Piensen que uno de los principales determinantes de las desigualdades en salud es la clase social, el nivel socioeconómico. Las personas de nivel socioeconómico superior tienen mejor estado de salud y, además, hay un gradiente. En general, en todas las sociedades las mujeres tenemos menor control y acceso sobre los recursos y menor poder.

Por tanto, vamos a analizar, ya hemos visto, para entender estos patrones diferentes entre mujeres y hombres, existen diferencias biológicas. Por tanto, es lógico que tengamos problemas de salud que sean diferentes. Pero desde el punto de vista de esa configuración social del sexo, de esas normas restrictivas de género que dictan cómo nos debemos comportar, los valores y actitudes que tenemos que tener mujeres y hombres, lo que es femenino y es masculino y, por otra parte, las desigualdades en el poder. Normas restrictivas de género que configuran nuestros hábitos, que configuran las relaciones de género, cómo nos relacionamos entre hombres y mujeres, mujeres con mujeres, hombres con hombres, la orientación sexual y la identidad de género. El poder: quién tiene qué, desigualdades en el control y accesos sobre los recursos; quiénes deciden y con qué reglas, desigualdades en el poder; quién hace qué, la división sexual del trabajo.

Finalmente, otro elemento que es fundamental es la interseccionalidad. Se ha criticado que durante muchos años la literatura sobre desigualdades de género no ha tenido en cuenta otros



ejes de desigualdad, como puede ser la clase social, la etnia, el país de origen, el hecho de tener una discapacidad o no. Son ejes que intersectan, y es muy importante tenerlo en cuenta. No es, por ejemplo, lo mismo, tratar de compaginar vida laboral y familiar para mujeres de clase social alta que para mujeres de clase social desfavorecida.

Normas de género, importante. Existen unas normas de género según las cuales nos tenemos que comportar. Normas de género que comienzan desde el mismo momento del nacimiento, con el azul y el rosa, que continúan en la familia, que continúan en la escuela, en los medios de comunicación. En general, en todas las comunidades. Tan pronto como los niños y niñas crecen y están absorbiendo esas normas de género que dictan cómo se tienen que comportar si son niños, cómo se tienen que comportar si son niñas. Las niñas somos emocionales, los niños son valientes. Esto va entrando, y lo naturalizamos como si estuviera casi en el ADN.

La socialización, que comienza en familia y es esta se generaliza a través del profesorado, la religión, los medios de comunicación. Con diez años niños y niñas ya han absorbido estas normas restrictivas a la conducta de género. Hay que decir que lo que se considera masculino suele estar mejor valorado que lo femenino.

Esto me lo pasó un alumno hace poco tiempo, un compañero de Perú, para esto de que las instituciones van ampliando esas normas de género, este es el Alcalde provincial Romante Nazoa. (MUESTRA DIAPOSITIVA). Saludo al Alcalde provincial Romante Nazoa, en Perú, 2019, el 8 de marzo. El Alcalde es el señor este que aparece aquí, y allá ven «Feliz Día de la Mujer. Tus logros son el pilar de nuestra sociedad y tu lucha el motor que mueve nuestras vidas». Ya ven, la mujer está con la escoba y la pala, y la cara de felicidad que muestra el Alcalde y la cara que muestran la mujer y la niña.

Normas de género que están relacionadas con las conductas relacionadas con la salud. Aquí, por ejemplo, la masculinidad heterosexual tradicional. Se caracteriza, de acuerdo con estas normas de género, por hábitos más insaludables. El consumo de drogas suele ser más frecuente en hombres, también el consumo de dietas más insaludables, más conductas relacionadas con riesgo de accidentes, que pueden conducir a una muerte temprana, más conductas relacionadas con la violencia, igualmente.

Importante, una apariencia fuerte, de exhibir un comportamiento agresivo de dominio físico, resistencia, admitir debilidades, lo que significa menor atención a los mensajes de promoción de la salud, y llegar demasiado tarde a los servicios sanitarios. Este conjunto de conductas, que están configuradas socialmente, son responsables en buena medida de esta menor esperanza de vida de los hombres en relación con las mujeres, de seis, siete años de diferencia en nuestro entorno.

Relaciones de género, con frecuencia, relaciones jerárquicas, muy relacionadas también con el sexismo, la discriminación. Relaciones de género, cómo nos relacionamos hombres con mujeres, mujeres con mujeres y hombres con mujeres, con jerarquías. Este artículo fue publicado en *Nature*, el 2006: *Does gender matter? ¿Importa el género?* Este artículo lo publica Ben Barres. Es un neurobiólogo de la Universidad de Stanford. Un científico muy reconocido, y publica, a propósito de un discurso que en ese momento estaba muy vivo en Estados Unidos, en el que algunos académicos de mucho prestigio defendían que las mujeres

éramos menos capaces para las carreras de ciencias y las carreras técnicas por el hecho de ser mujeres.

Entonces, él dice: «Esto no es cierto y os lo voy a rebatir». Este es un experimento en sí mismo. El experimento perfecto, porque no hace falta el grupo control, él es caso y control. Ben Barres nació mujer. Se llamaba Bárbara Barres, con cuarenta y algo de años cambió de sexo. Entonces, él explica su experiencia cuando era mujer y su misma experiencia, él mismo, cuando se convierte en hombre. Entonces dice: «Yo estudié en el MIT», es una institución académica superreconocida, de tecnología, pero entonces era Bárbara. Entonces dice: «Cuando yo estudiaba en el MIT, una vez nos pusieron un problema de matemáticas muy difícil, todos mis compañeros, casi todos eran hombres, y fui la única persona que lo resolvió. El profesor me dijo: ‘Seguro que esto te lo ha hecho tu novio’». Dice al final, ya había cambiado de sexo, poco después de cambiar de sexo: «Un miembro de la facultad, un miembro del profesorado, del claustro, se le oyó decir: ‘Hoy Ben Barres ha dado una gran conferencia. Su trabajo es mucho mejor que el de su hermana’». Sexismo.

Bueno, él decía en este mismo artículo, decía: «De lejos, lo que más he notado es que la gente que no sabe que soy transgénero, los hombres que no saben que soy transgénero, me escuchan sin interrumpirme». Identidad de género y orientación sexual. Este orden de género también dicta cuál debe ser, entre comillas, la identidad de género correcta o la orientación sexual correcta, desde el punto de vista social. Si yo soy biológicamente mujer, he nacido mujer, me tengo que sentir mujer. Si pasa al contrario o si tengo género no binario, el orden social puede actuar, puede penalizarme, porque no estoy haciendo lo que dicta este orden de género. Las personas transgénero, las personas con un género no binario sufren más conductas relacionadas con la discriminación y tienen más problemas de salud. Igualmente, con la orientación sexual. Lo que es, entre comillas, normal es que tengamos relaciones heterosexuales, no homosexuales ni bisexuales. Igualmente, este comportamiento no normativo puede ser penalizado y, por tanto, tener efectos negativos sobre el estado de salud.

El acceso y control sobre los recursos, obviamente, las personas con más recursos tienen mejor estado de salud para casi todos los problemas de salud. En general, los recursos de todo tipo son superiores en los hombres.

Este es un artículo publicado en 2019, «Biología y sesgo». Tenemos el deseo de mejorar los resultados de la salud cardiovascular para mujeres. Este es un estudio llevado a cabo en Reino Unido, con seiscientos, casi setecientos mil pacientes que habían padecido un infarto agudo de miocardio. Se observa que el hecho de ser tratado de acuerdo con las directrices, con los protocolos, para un buen tratamiento del infarto agudo de miocardio es mucho menos frecuente en mujeres. En este estudio se estima que, de haber sido tratadas las mujeres igual que los hombres y de acuerdo con este protocolo, se habrían evitado ocho mil doscientas muertes de mujeres que habían padecido infarto. Artículo de 2019.

Desigualdades en el poder, muy ligado al acceso y control sobre los recursos. Otra vez ligado al estado de salud. Finalmente, el último elemento de cómo entender la incorporación de la perspectiva de sexo-género en el análisis, el abordaje de la salud y de la enfermedad, es la división sexual del trabajo. Este artículo, que ya escribimos en 2007, trataba de cuestionar esta visión tan sumamente estrecha que tenemos de la influencia del trabajo sobre el estado de

salud. El trabajo influye sobre el estado de salud, mucho más que los riesgos de seguridad, de higiene, ergonomía o riesgos psicosociales. El trabajo es un elemento fundamental en nuestras vidas. Nos concede estatus, reconocimiento, relaciones, más o menos estatus, más o menos reconocimiento, más o menos ingresos. Aquí lo que defendíamos era tener en cuenta una visión que combinase esta visión estrecha de la salud laboral clásica, con el trabajo remunerado como determinante social de la salud y la interacción con el trabajo doméstico y de cuidado.

Entonces, señalábamos aquí, tenemos que introducir perspectiva de sexo-género. Creo que casi cualquier pregunta que nos hacemos en relación con los determinantes, con los problemas de salud, si nos hacemos la pregunta de género, veremos que existe respuesta de género. En el caso del trabajo, es lógico tener en cuenta esta perspectiva sexo-género, porque hay diferencias entre los dos sexos, tanto biológicas, que pueden hacer que las mismas exposiciones tengan distintos efectos en salud como de naturaleza psicosocial. Hemos sido socializados, socializadas de manera distinta, valores, actitudes diferentes y, por tanto, también las exposiciones de naturaleza psicosocial pueden tener un efecto distinto.

Existe una división sexual del trabajo. Este orden de género asigna a los hombres un papel protagonista de trabajo remunerado y a las mujeres un papel protagonista en la esfera doméstica y familiar. Esta es una de las principales razones de las desigualdades de género en el estado de salud. Porque el trabajo remunerado es visible, reconocido, proporciona ingresos, y el trabajo doméstico y de cuidado es invisible, no reconocido y no proporciona ingresos. Además, existe en el mercado laboral una segregación horizontal, una segregación vertical del trabajo, de manera que no solo para entender la brecha salarial, la brecha de género, no solo es importante entender el techo de cristal, sino que es que aquellos trabajos que son más feminizados son menos valorados, aunque requieren el mismo nivel de estudios y son peor pagados.

Entonces, se suma a esta segregación horizontal con baja valoración, menor valoración de los puestos de trabajo de las mujeres, la segregación vertical, la dificultad que tenemos para ocupar puestos de responsabilidad.

Finalmente, la esfera doméstica y familiar, una nueva división sexual del trabajo, trabajo doméstico y de cuidados y, por otro lado, el trabajo de sustento económico del hogar. No voy a entrar, porque no tengo tiempo, pero importante la idea esta de la doble jornada. Cuando era más joven he estudiado bastante esto de la doble jornada, estado de salud, y es muy simplista. Yo era muy simplista cuando era joven, y ahora me parece que me estoy haciendo demasiado complicada. Antes decía, no es solo mujeres, hombres, es también clase social. Pero también son los roles diferentes de mujeres y hombres en relación con la esfera doméstica y de cuidado. Por ejemplo, con las crisis económicas que estamos encadenando desde 2008, el hecho de ser persona sustentadora económica principal del hogar, que recae habitualmente con más frecuencia en los hombres, puede hacer que la compaginación de vida laboral y familiar también tenga un impacto negativo en ellos. En este caso, no por sobrecarga de trabajo, que supone el trabajo doméstico y de cuidado, sino por la presión para aumentar ingresos.

Importante también tener en cuenta una perspectiva de sexo y género en la precariedad del trabajo. Muchas mujeres, debido al rol que tenemos, al rol de cuidadoras que se nos asigna socialmente, priorizan el trabajo doméstico y de cuidado. Muchas veces, prefieren una ocupación próxima al hogar, aunque sea de peor calidad, aunque sea precaria, porque pueden compaginar mejor el trabajo remunerado con el trabajo doméstico y de cuidados, o el trabajo a tiempo parcial, que es muchísimo más frecuente en mujeres que en hombres y que se caracteriza por tener peor calidad, salvo en Países Bajos, que el 80 por ciento de las mujeres trabajan a tiempo parcial, y creo que es Noruega, el trabajo a tiempo parcial tiene peores condiciones de trabajo. Se cobra menos, no solo porque se trabaje menos, sino que se cobra menos, porque se paga menos la hora. Esto también tendrá repercusiones cuando nos jubilemos, porque la pensión depende de la cotización. La discriminación también, que nos hace con más frecuencia, entremos en situaciones de precariedad, de estereotipos de género en la formación académica, en la valoración social de las ocupaciones, la cuantificación económica de trabajo, discriminación por maternidad.

Ya para acabar, algunas claves para incorporar perspectiva de sexo-género en salud, tanto en la práctica clínica como en el orden de género, estamos hablando de una ley de salud, y decía que no es una ley de enfermedad, ni tampoco de asistencia. Por lo cual, si la salud depende de las condiciones de vida de las personas, se tiene que incorporar en una ley de salud todos los sectores. Debe ser necesariamente intersectorial. Porque lo que se haga, tener acceso o no a la vivienda de calidad, a una vivienda de calidad, a una educación de calidad, a servicios sociales de calidad, a tantas cosas, tener pobreza de tiempo, cosas de esta, eso requiere que estén implicados todos los sectores.

Por tanto, transversalización de la perspectiva de sexo-género y del impacto en salud en todas las políticas. Hay políticas que se toman, por ejemplo, en el mercado de trabajo, cuando se tomaron decisiones como las de 2012 a la reforma laboral, supongo que nadie pensó que la reforma laboral, además de tener impactos para reducir desde el punto de vista económico, podría tener un impacto negativo sobre la salud y el bienestar de las personas.

Importante también que la gente sea consciente de que no solo tienen que exigir una buena asistencia, que la tenemos que exigir, pero tenemos que exigir, buenas condiciones de vida. Me parece que en esto tenemos que ser conscientes de que las buenas condiciones de vida son fundamentales para nuestra salud, intersectorialidad, participación de la población, interseccionalidad, considerar diversos ejes de desigualdad al mismo tiempo. Esto, en uno de los artículos que les mostraba, aquí algunas desde el punto de vista de la clínica, tener en cuenta la perspectiva de sexo-género en la investigación médica. Piensen que incluso la investigación más básica de los fármacos con ratas se hace con ratos, con ratas machos, en general. Yo cuando descubrí esto, evidentemente, ha costado mucho que en los ensayos clínicos se incorporen mujeres, pero muchas veces son un número insuficiente, y dicen que es más difícil hacer el seguimiento y que además tenemos el ciclo menstrual.

Importante, perspectiva de sexo-género en la educación médica, en la práctica clínica. Aquí, para acabar ya, orden de género y salud, decía ya más esto desde la asistencia, ahora desde el punto de vista de las normas de género. Esto era un monográfico de *Lancet* sobre género y salud.

La incapacidad del sector sanitario para acelerar el progreso en una serie de problemas de salud, pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta las desigualdades de género y las normas restrictivas de género.

Proponemos una agenda para la acción, y yo les propongo para la futura ley de salud de Navarra, para reducir las desigualdades de género y cambiar estas normas restrictivas de género para mejorar los resultados en salud, en la que participen los Gobiernos nacionales, salud global, la sociedad civil, las organizaciones, la academia y diversos sectores.

Necesitamos reformar el mercado de trabajo y necesitamos reformar la fuerza de trabajo, tanto sanitaria como fuera del sector sanitario para que haya menos desigualdades de género, eliminar sesgos de género en la investigación, dar fondos a la sociedad civil y a los movimientos sociales sobre este tema y reforzar los mecanismos de rendimiento. Coincido absolutamente con Juan, cuando ha hablado de la evaluación. La evaluación es básica y evaluamos muy poco, en todo, en las políticas en general como en los fármacos, que comentaba antes, en particular. Les agradezco mucho su atención.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias a los dos ponentes, que han sido charlas, la verdad, creo que pocas veces tenemos la oportunidad de escuchar este tipo de temas, de estar inmersos tanto en la investigación como en la perspectiva de género, que ahora está más de moda, pero que creemos que es fundamental en la ley foral. Vamos a dar comienzo con los turnos de los diferentes portavoces. Comenzaremos con el portavoz del grupo Navarra Suma, el señor Ansa, por un tiempo de siete minutos. Muchas gracias.

SR. ANSA ECHEGARAY: Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días a todos. Por parte de mi grupo, en primer lugar, quiero agradecer su presencia hoy aquí, así como las explicaciones que nos han dado. Por parte también de mi grupo, no tengo ninguna cuestión para plantearles, simplemente darles de nuevo nuestro agradecimiento.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchas gracias, señor Ansa. Me paso la palabra a mí misma, porque yo soy la portavoz del Partido Socialista en la Comisión de Salud. Voy a agradecer, como ya he dicho, la presencia de los dos ponentes. Las dos charlas me han parecido excepcionales, con visiones, además compartidas en determinados temas y que se unen. Aprovechando que están aquí, me gustaría hacerles una serie de preguntas o comentarios para que nos complementaran en la siguiente vuelta, en la réplica.

Al señor Erviti. Uno de los temas ahora mismo que está dando muchos quebraderos de cabeza a los Gobiernos y a las Administraciones es el manejo de los *big data* y el legislar con esos *big data*. Entonces, la pregunta que hago es cómo haría usted, desde su punto de vista, para el manejo o para poder legislar bien estos *big data*.

Luego, hay otro aspecto también que a mí también me quita el sueño en las noches, que es la legislación o la aprobación, ya que en esa comisión en la que usted se encuentra además, de MAPAC, ¿cómo se podría evaluar o cómo se puede legislar también la nanotecnología? Que también es otro tema muy interesante hoy en día, muy de vanguardia, que nos va a llegar de alguna forma u otra, y que también habrá que regularlo, tanto la aprobación como su regulación. Muchísimas gracias, señor Erviti.

A la señora Artazcoz, debo darle la enhorabuena, porque desde luego, yo, que llevo veinte años dedicada a la clínica, todo lo que ha dicho lo he visto desde que empecé de residente hasta ahora, empezando por el techo de cristal de la investigación a nivel de las mujeres en el sistema sanitario público, ya no voy a hablar del privado, porque toda mi investigación ha sido en el sistema sanitario público, a también cómo las pacientes mujeres, femeninas, se han tratado en el sistema.

Quería hablar de un tipo de enfermedad, sobre todo, las enfermedades, me dedico yo a ese tema, el tema de enfermedades raras y cómo muchas mujeres han sido tratadas antes como histéricas. Se les ha derivado, muchas veces yo lo he vivido, porque ha sido así en la práctica clínica diaria, se les derivaba antes a psiquiatría, jamás a un hombre. Yo no me he encontrado jamás que a un paciente hombre, con unos síntomas peregrinos, se le mandara antes a psiquiatría que a un determinado especialista para descartar determinada enfermedad.

Pero mujeres, el perfil siempre es, por lo menos, con lo que me encontraba yo, lo que me sigo encontrando, por desgracia, en la clínica, es mujer joven con síntomas que no encajan con una enfermedad o que hay que descartar alguna enfermedad que se sale de lo común, la etiqueta de ansiedad, depresión, histeria y mandar primero siempre a psiquiatría, descarta una enfermedad psiquiátrica, antes que una enfermedad orgánica, que realmente es lo que le estaba produciendo esos síntomas.

En cuanto al tema de ensayos, que también va muy bien ligado con el género, lo hemos visto, que no hay ensayos en enfermedades propiamente en las mujeres. Yo no he visto todavía un ensayo de fármacos, por ejemplo, en endometriosis, y así nos va con el tratamiento luego de estas mujeres, que están muchas enfermedades en mujeres que son propias del sexo femenino, no tienen ensayos clínicos. Por ejemplo, ya digo la endometriosis. Pero puedo hablar también de, por ejemplo, fibromialgia, que es más frecuente el diagnóstico en mujer que en hombre. No hay ningún ensayo clínico o patrocinado o no por la industria. Me da igual. Tampoco en el sistema público.

Luego, también quería lanzar esta pregunta, ¿cómo va a ser posible que, por ejemplo, el sector LGTBI entre en los ensayos clínicos, por ejemplo, luego? Que también me ha venido esa duda.

Las personas que están englobadas dentro del LGTBI, esas personas, tal y como está ahora montado en los ensayos clínicos, por ejemplo, van a ir fuera. Van a ir fuera, entiendo yo. Entonces, a ver cómo se podría resolver también lo del estudio, los ensayos en este colectivo ahora mismo. No quiero robarles más tiempo y doy la palabra a la señora Ansa, portavoz del grupo Geroa Bai.

SRA. ANSA ASCUNCE: Eguerdi on. Gracias, Presidenta. Señor Erviti, señora Artazcoz, ha sido un gusto escucharles, la verdad. En esta Comisión estamos teniendo oportunidad de salirnos del encorsetamiento que tenemos habitualmente en la tarea que nos toca hacer en el Parlamento para volver a nuestras inquietudes, que como sanitarios y como, además, aficionados a la Salud Pública, tenemos algunos y algunas de los que estamos aquí. Con lo cual, volver otra vez a escuchar estas cosas, pues la verdad es que está siendo un regalo, más que un trabajo. Así que muchísimas gracias a los dos.

Para mí han sido muy interesantes, yo comparto, las dos visiones han sido muy diversas, muy diferentes, pero realmente las dos son dos miradas que yo creo que son absolutamente fundamentales. El tema de la investigación, no me cabe ni media duda. Partiendo de una comunidad pequeña, somos pocos más de seiscientos mil, que curiosamente tiene un número importante de universidades, con unos hospitales y unos servicios sanitarios potentes, y que, como bien ha dicho, realmente tenemos una buenísima red asistencial y, sin embargo, llama poderosamente la atención los gráficos que ha sacado sobre cómo está distribuida la atención y la investigación. Podríamos hacerlo, porque, evidentemente, unos hospitales, unos centros de salud muy potentes, que generan una información valiosísima, eso sería muy importante, que fuésemos capaces de manejar.

Claro, no tenemos una masa investigadora, una masa crítica investigadora suficiente. Es que somos pocos y es una comunidad pequeña. Pero en este momento las redes que se pueden establecer o la especialización en red que podemos establecer de determinados sitios, ese sería otro de los elementos, a mi juicio, que serían sumamente importantes.

Yo le tengo que dar a Juan las gracias encarecidamente por la investigación de los medicamentos. Esa es una de mis pesadillas, porque creo que gastamos un dinero impresionantemente alto en el consumo farmacológico, muchísimas veces, innecesario, muchísimas veces, generador de problemas muy serios de salud, que luego, difícilmente sabemos manejar, además, una vez que se han producido. Sin embargo, la presión de las industrias farmacéuticas, como muy bien ha dicho, es aterradora. Cuando uno escucha los ejemplos, simplemente, que nos ha estado contando, es aterrador. Sin embargo, la industria farmacéutica es absolutamente necesaria para poder sacar adelante. O sea, es todo el rato una serie de equilibrios muy complejos.

Claro, las dos cosas que ha estado defendiendo son de cajón. El tema de la evaluación rigurosa, sería, va a misa, y el tema de cómo podemos jugar con la ética de este personal. Claro, deberíamos jugar con la propia ética que pusiese límites, pero no los pone. Por lo tanto, la legislación tiene que ser muy importante y ahí creo que tenemos un cierto papel, por lo menos, de ser garantes de que haya un sistema protector, un sistema protector de la salud, en ese sentido.

Entonces, ahora voy con las preguntas. De las tres preguntas que le voy a hacer a usted, Juan, y luego paso al otro tema. Las preguntas son: ¿cómo podemos realmente insertar todos los datos, toda la información básica que tenemos acumulada en todos los servicios sanitarios asistenciales? ¿Cómo podemos hacer esto sin caer en esa trampa que nos ha dicho de que se puedan vender los datos para que jueguen luego en contra nuestra? Es decir, ¿cómo podemos investigar y que sea útil a la sociedad y, sin embargo, no tengamos ahí esa espada de Damocles?

Otra pregunta que se me ocurre que nos puede ayudar a la hora de confeccionar, ¿qué porcentaje, al menos aproximado, de financiación sería adecuado en una comunidad como la nuestra? Ya hemos dicho que tenemos un porcentaje dedicado a la investigación, rárano, y tenemos un buen porcentaje de presupuesto dedicado al asistencial. ¿Qué equilibrio podríamos establecer? ¿Cómo podríamos derivar esto?

La tercera pregunta, fundamentalmente, iba con el tema de los investigadores. Un poco ya lo ha adelantado. ¿Cómo podemos ser punteros en determinadas cosas y cómo podemos trabajar en red en otras? ¿Cómo podríamos hacer estos dos juegos?

Pasando al tema de la señora Artazcoz, de Lucía, claro, las que tengamos canas y nos hemos dedicado a la sanidad, hemos visto este itinerario clarísimamente. A nosotras no nos llamaban la atención cuando estudiábamos en la universidad estas cosas, ni tan siquiera nos lo planteábamos en aquel momento. Yo no recuerdo que, en la universidad, que, para empezar, éramos poquísimas en relación con los hombres. En mi clase no había un 20 por ciento de mujeres estudiando medicina, mientras que había...

Este tipo de cosas no nos llamaban la atención. No nos llamaron hasta mucho tiempo después. Hasta mucho tiempo después, porque las corrientes feministas iban por logros de otras cosas, entonces no nos llamaban. Pero, evidentemente, cuanto conforme hemos sido conscientes de cómo afecta las condiciones de vida y, por lo tanto, cómo afecta todo a la salud de las mujeres, y yo estoy absolutamente de acuerdo con el tema de cómo se cruza el factor género con todos los demás, y siempre pierde. O sea, no es que en algún momento salgamos mejor parados. Se ha cruzado y mira qué suerte. No, da igual cuáles sean los determinantes que uno vaya cruzando. Llega un momento en el que siempre pierde. Ese tipo de cosas me parecen sustanciales de tener en cuenta. También creo que va calando poco a poco, pero no ha calado suficientemente en los términos sanitarios, este tema, no ha calado. De hecho, lo seguimos viendo sistemáticamente en las consultas, y seguimos escuchando la música que va saliendo de ahí. Yo tengo a veces la sensación de que ha calado en cuanto a la formal, pero no ha calado en lo actitudinal. Entonces, ahí nos quedamos que nos sale, bueno, a la que nos descuidamos se nos pone el diablo malo aquí y es el que funciona, y entonces no.

Totalmente de acuerdo en que la incorporación tiene que ser en todos los sectores. Pero a nosotros nos toca hacer la ley de sanidad. Entonces, vamos a aterrizarlo en eso, que es de lo que se trata.

A ver, señora Artazcoz, algún consejo para cómo podemos ser capaces de incorporar esto a la legislación, porque no vale. Yo esto lo he visto en una universidad que, cuando empezaron con el tema de cómo incorporar el lenguaje, un lenguaje inclusivo, como les era muy gravoso, declaraban el primer día que ellos tenían en cuenta el lenguaje inclusivo, y ya no aparecía nada inclusivo en todo el texto durante seis días. Esto no nos vale. O sea, nosotros no podemos poner en la primera hoja de la ley de sanidad que estamos muy preocupadas y que además vamos a hacer una apuesta, porque estamos concienciados con incorporar la perspectiva sexo-género y luego no hacer nada. No. ¿Cómo podemos hacer, realmente, que, más allá de un cierto guiño en cada una de las cosas, esto pueda tener una traducción más o menos importante?

Ya para terminar, también a la señora Artazcoz, esto es una percepción que no la tengo contrastada con nada. Tengo la sensación de que el ruido político que está habiendo desde hace un tiempo, desde hace un ratito, en todos los sistemas políticos nacionales, con que casi cada vez que aparece una ley, una situación que tenga que ver con el sexo-género, empiezan con el feminismo, o voy a ser más inclusiva, con la igualdad. Empiezan a llovernos todo tipo de historias que hacen un ruido enorme. Yo tengo la sensación de que ese ruido nos va a



contaminar hasta esto. Hasta que casi cualquier cosa que pongamos en ese sentido nos puede distorsionar. ¿Esto es una percepción mía o alguien más la tiene?

Con esto, nada más. Muchísimas gracias a los dos, y gracias también por la documentación escrita. Porque, aunque cojamos notas, luego la cabeza ya no la tenemos como la teníamos a los veinte años y cogíamos apuntes en la universidad. Muchas gracias.

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

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Eguerdi on guztioi. Buenas tardes ya a todos y a todas. La verdad es que es un placer escucharles. Me ha parecido las dos ponencias tan diferentes, pero tan parecidas en lo que es la filosofía de qué tiene que atender un sistema de salud público de calidad. Creo que, por lo menos, debo reconocer que comparto casi todas las exposiciones que se han hecho por parte de las dos personas, tanto de Lucía como de Juan.

Para nosotros es imprescindible el elaborar un ecosistema normativo que permita hacer una innovación, una investigación, una docencia, unido a una carrera profesional que permita afrontar para las personas que se sientan atraídos por estas actividades, y también en el ingreso. Es decir, hasta ahora tenemos totalmente abandonadas estas partes de la profesión. Tenemos una carrera profesional que se ha convertido simplemente en un *plus* de antigüedad, y estamos perdiendo un poco el poder dirigir toda esa iniciativa formativa de actualización de los conocimientos, pero también de investigación y de docencia para que tanto la organización como los profesionales, las profesionales, se nutran mutuamente y potencien cada uno su aspecto. A mí me parece que es algo fundamental, y que lo tenemos totalmente olvidado. Creo que en esta nueva norma se debería hacer un esfuerzo para que todos estos vectores influyan en la misma dirección y, desde luego, podamos sacar una rentabilidad, tanto los trabajadores y trabajadoras como la organización, como la sanidad pública.

Es indudable que por distintas circunstancias la visión que se está desarrollando sobre la sanidad pública es meramente asistencial, y hay que cambiar, porque eso es abandonar la salud y centrarnos solo en la enfermedad. Ahí también creemos que hay que hacer una reflexión profunda para intentar cambiar este tipo de derivas, que entiendo que la necesidad nos lleva a ello, la pandemia, la presión asistencial que la población también demanda. Pero también porque no debemos olvidar que esto es un nicho empresarial de negocio que también tiene sus propios intereses, legítimos, pero que debemos, entendemos, por lo menos desde Euskal Herria Bildu, que debemos diferenciar entre lo que es un agente que su mayor cometido es buscar y promocionar la salud de la población, y otro sector que busca un beneficio empresarial a través de necesidades de la salud de sus clientes, y que ahí entra un abanico muy grande, pero todavía muy pequeño, en comparación con lo que son las responsabilidades que como Salud, sanidad pública tenemos, y eso hay que tenerlo en cuenta. Hay que tenerlo en cuenta, porque si no, cuando se habla de la colaboración público-privada, caemos en este tipo de errores, a nuestro entender, o defectos, que hacen que queramos, por ejemplo, compartir toda la información, todas esas bases de datos que la sanidad pública en casi todas las comunidades y países ha ido desarrollando a lo largo de los años, y compartirla con las empresas privadas. Empresas privadas que no tienen como objetivo garantizar la sanidad pública de la población.

Entonces, creo que ahí —comparto totalmente— hay que poner una serie de filtros y de controles para evitar este tipo de cosas. Habrá momentos ante un trabajo concreto, ante un proyecto concreto que se pueda compartir la información que se tiene desde la sanidad pública, siempre ligada a ese tipo de actividad y con unos controles, pero entiendo que hay que ser muy restrictivos, porque son dos objetivos radicalmente distintos. Aquí no estamos hablando de dos agentes que se dedican a lo mismo. Son dos agentes con dos responsabilidades totalmente diferentes.

La figura del investigador es algo que llevamos tiempo también discutiendo, ver cómo se podía facilitar, sobre todo, los empleados del Servicio Navarro de Salud pudiesen tener acceso, tanto a una colaboración con las universidades como también dentro de su propio ámbito.

Lo que hablaba el señor Erviti, de la potenciación de esta figura, la intensificación. Creemos que también hay que buscar ese tipo de herramientas, ligadas a una serie de condiciones. Yo recuerdo que cuando empecé a trabajar en el hospital de Tudela, un profesional de digestivo se fue a Estado Unidos, estuvo cuatro años en Estados Unidos, luego volvió y siguió en la sanidad pública, pero en otra comunidad. Sin embargo, el esfuerzo financiador había sido del Servicio Navarro de Salud.

Creemos que hay que buscar unas facilidades para estos profesionales, pero también un compromiso de que en el retorno también compensen ese esfuerzo que ha hecho la Comunidad, devolviendo o garantizando equis tiempo de trabajo en los servicios de salud que les han dado esa posibilidad.

Me parece básico todo lo que es la auditoría y la evaluación, tanto de medicamentos como de tecnología sanitaria. Estos años estamos viendo cómo todas las inversiones, los fondos Next Generation se van dedicando una parte importante a tecnología sanitaria. La mayoría de ellas, de una utilización muy clara, de una utilización en lo que serían los procedimientos clínicos, habitual y reconocida, pero no todo es así. Sin embargo, estamos olvidando otro tipo de inversiones, que no es esta tecnología y que tendría un efecto, probablemente, en los resultados de salud, tan importante como este o mucho más. Sin embargo, lo olvidamos. Creo que ahí hay que hacer una reflexión y que esa norma la tiene que garantizar.

Sí que entiendo. Coincido con la señora Ansa, en el sentido de que los presupuestos de salud son importantes y que habría que intentar garantizar que una parte de esa financiación vaya dirigida a lo que sería la innovación, investigación y docencia. Lo mismo que en Salud Pública, creemos que también habría que garantizar una financiación importante que ahora yo creo que es muy justa.

Regular los conflictos de intereses básico. Mis hijos deben pensar que trabajo poco. Me regalaron estas Navidades un libro que es el *Imperio del dolor*, basado un poco en toda la crisis de los opiáceos de Estados Unidos, de la familia Sackler, y esas manipulaciones que de su entramado de información de revistas médicas y de farmacéuticas y demás, consiguió vender como un objetivo sanitario en la lucha contra el dolor y la lucha contra el dolor, a través de la oxicodeona y los problemas y las muertes que ha generado, y cómo a veces el poder del dinero convierte ciertas barreras en pasos libres, y que esos funcionarios y funcionarias que tienen que hacer una labor de control, de evaluación, pues se ven superados o comprados por este

tipo de farmacéuticas que mueven ingentes cantidades de dinero. El presupuesto de Salud es muy grande, pero el presupuesto de estas empresas es inmensamente mayor que el nuestro.

La capacidad, al final yo suelo usar una coetilla que digo: «En Salud no somos ángeles los trabajadores y trabajadoras de Salud y nos vemos a veces inmersos en presiones, a veces sociales y a veces económicas, que te pueden hacer tomar decisiones que no son las honestas ni las que a la sanidad pública le interesa». Creemos que ahí hay muchísimo también que evaluar en esta norma y recoger y, sobre todo, en un aspecto que a mí me parece básico, y es sancionar.

Es decir, para mí no sirve de nada poner barreras si no van a conllevar sanciones, porque estamos hablando de cantidades económicas tan inmensas que, si no hay un tipo de repercusión económica o incluso de otro tipo, penal, va a ser muy difícil que sean, desde luego, útiles.

La financiación, desde luego, todo lo que es la formación, leímos hace poco unos artículos un poco de todo el dinero que gastan las empresas, el mundo empresarial ligado a la medicina y a la tecnología, en hacer formación a los trabajadores y trabajadoras de la sanidad pública. Son cantidades económicas inmensas. Ese dinero se puede recaudar y dirigirlo a que esa formación del personal de los servicios sanitarios se haga a través de lo que necesita el sistema sanitario. Es decir, que vaya ligado a unos objetivos como organización, y no unos objetivos empresariales legítimos, pero desde luego no son los nuestros. Muchísimas más cosas. Estaría horas hablando, porque, desde luego, el tema para mí es muy apasionante.

Sobre las propuestas de Lucía Artazcoz, es que creo que cuando se habla de cosas de moda, es que probablemente la discriminación de la mujer en el ámbito de la salud es un tema ya histórico. No es una moda. Desgraciadamente, como bien se recoge en el artículo, cuando habla de los determinantes de salud y que son causantes del 80 por ciento de los riesgos de padecer enfermedades, en este caso, sabemos que los determinantes sociales para el género femenino se multiplican, porque cuando uno ve los datos de la brecha salarial en el ámbito del trabajo, pues se da cuenta de los dos millones y medio de personas con trabajo a tiempo parcial, la mayoría son mujeres. Tenemos dos millones y medio de personas que por sus modos de vida y sus determinantes sociales les van a tener muchos más riesgos de padecer enfermedades.

Pero eso se multiplica con todo. Conozco perfectamente los estigmas que decía Patricia Fanlo de bastantes de las mujeres de mi entorno familiar y personal que se han visto derivadas a salud mental, porque tenían problemas de salud. El personal que las había atendido no había sido capaz de encauzarlos o de descubrir cuál podía ser el motivo que las causara. Ante la insistencia de ese malestar, pues acaba mandándolos a salud mental. A mí no me han mandado nunca. Con lo cual, me siento bastante satisfecho, aun al margen de mi voluntad, de ser hombre o mujer.

La accesibilidad, desde luego, entre los distintos colectivos, creo que es otro de los retos que tenemos pendiente. Nos ha tocado, por lo menos a mí personalmente, atender a personas con problemas cognitivos. Debo reconocer que todavía tengo un trauma de cómo se le atendió a esa persona. Porque era una persona con discapacidad psicológica, psíquica, y se le sometió a

unos tratamientos asistenciales que a una persona, digamos, normal no se le habrían hecho, causándole un dolor y una angustia innecesarios, y solo porque parecía que tampoco importaba.

Ese tipo de comportamientos, aunque yo creo que se han corregido en su inmensa mayoría, es bueno tenerlos en cuenta. Creo que hay una serie de personas que, por sus dificultades comunicativas, incluso, cognitivas, son muy fáciles de no hacer caso y de tenerlas un poco al margen, y creo que ahí la ley tiene que hacer un esfuerzo tremendo por recogerlas.

Creo que todos los indicadores de salud, cuando se habla de que, probablemente, los datos de esperanza de vida al nacer de la mujer son mejores, pero son mejores, pero no en buena salud, desgraciadamente. Con lo cual, nos está indicando también que probablemente la atención que están recibiendo estas personas y los hábitos y los determinantes sociales son mucho peores. Con lo cual, creemos que ahí hay muchísimo también que dirigir.

Por terminar. A raíz de la pandemia del covid, la Universidad de Tokio, en su examen que hacía para las personas que querían ingresar en Medicina, pues tuvo que hacer una prueba anónima y se descubrió algo curioso. Es que en esa prueba aprobaron más mujeres que hombres, cuando el histórico era que había un 80 por ciento de hombres que ocupaban las plazas de la universidad y un 20 por ciento solo de mujeres. Es decir, cuando se consigue hacer una prueba anónima, donde no hay el sesgo de género, resulta que la aprueban muchísimas más mujeres que hombres. Con lo cual, estamos hablando de un país del primer mundo, desarrollado, pero que tiene también unas prácticas realmente curiosas.

Luego, cosas que vivimos aquí, es la educación segregada. Es decir, cuando se habla de determinantes sociales, también hay unas prácticas educativas que generan unos estereotipos que luego generan problemas a la hora de afrontar la vida. Es decir, creemos que también ahí, cuando se habla de una sola salud, una sola salud, pero también un solo género, el género humano. Creo que ahí es donde también debemos de esta norma intentar encauzarla, que creemos que la sexualidad de cada uno puede ser variada, pero el género no tiene que ser más que uno. Muchas gracias. Nada más.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor González. Damos la palabra ahora a los ponentes. Si quieren, empezamos por el señor Erviti, para que conteste a las dudas y los comentarios que le hemos hecho. Muchas gracias.

SR. ERVITI LÓPEZ: Muchísimas gracias a todos. Para mí esto está siendo una experiencia muy bonita. No lo he dicho al principio, pero también tengo que agradecer mucho la oportunidad que me han dado, porque me ha obligado a reflexionar, a trabajar, a investigar, a entrevistarme con mucha gente que me ha aportado mucho personalmente. Entonces, para mí ha sido una experiencia muy bonita y muy enriquecedora.

Yendo a alguno de los temas que se han ido comentando, por ejemplo, la doctora Fanlo hablaba de la importancia del *big data*, de legislar. Realmente, este es un tema interesantísimo. El *big data* en el fondo no es más que muchos datos. Entonces, ahora tenemos la posibilidad de tener millones y cientos de millones. El otro día estaba hablando con una persona que se dedica al *big data*, y me decía: «Es que en mis estudios, manejo entre cien

mil y ochocientas mil variables». Claro, ahí puedes encontrarte de todo y puedes meter la pata enormemente también.

Entonces, lo primero que hay que hacer es ver la calidad del dato. De hecho, se ha montado la Oficina del Dato, porque una de las cosas que se vio con la pandemia es que, cuando las distintas comunidades iban aportando datos para seguir un poco la evolución, nos encontramos con la gran dificultad de que la calidad de los datos era muy variable. Incluso, no sabíamos muy bien sobre el mismo campo si todos estamos hablando de lo mismo. Entonces, los informáticos hablaban de la semántica del campo: cuando dices este dato, qué estás diciendo.

Entonces, estamos en una situación tan incipiente como esta. Pero ¿qué ocurre? Que cuando tenemos millones y millones de datos, la potencia estadística es terrible. Esto quiere decir que cualquier cosa puede dar una significación estadística y llevarnos a conclusiones erróneas muy fácil. Porque, lo que decía antes, la calidad del dato puede no ser buena, porque a nada que metodológicamente hay alguna limitación, algún tema mal ajustado o lo que sea, podemos meter la pata enormemente.

Entonces, hay que ser cautos. Yo creo que el *big data* puede generar grandes posibilidades para formular hipótesis que luego tienen que ser contrastadas con estudios de otro tipo, bien hechos, y que el *big data* no nos tiene que despistar de lo importante que es la solidez metodológica del estudio que se vaya a hacer.

Dicho esto, sí que merece la pena seguir trabajando en tener bases de datos clínicos, cada vez más completas y de mejor calidad. Nosotros, por ejemplo, hemos hecho un estudio. Nos preguntamos con el tema del TDH, que se está dando tanta medicación a los niños, decíamos: «Bueno, ¿y aumentan el rendimiento escolar o no?». No lo sabemos. Entonces, lo estamos estudiando ahora. Para eso hemos cogido una cohorte de diez años de todos los datos de Educación y los hemos cruzado con Salud, con los datos de Salud, y ha sido un calvario, pero un calvario, que no podré explicar nunca la dificultad para poder cruzar información del Departamento de Salud con el Departamento de Educación. Porque no hay un ID único. Entonces había muchos líos.

Entonces, realmente tenemos que mejorar los sistemas de información, hacerlos más permeables. Incorporar datos de bienestar social, porque los determinantes socioeconómicos son absolutamente claves y pueden explicar muchas cosas.

Entonces, es importante ir, más que *big data*, muchos datos, tener datos suficientes y de calidad. Esa es la idea que tengo yo. Sobre todo, la gobernanza, porque cuando estábamos hablando de cómo legislar todo esto, evidentemente, el Parlamento de Navarra, en algún momento tendrá que decidir, cuando vamos a dar estos datos a estos espacios en común, nacional o internacional o europeo, cuáles son nuestras condiciones. ¿Vamos a permitir el uso comercial? ¿Sí? ¿No? ¿Para qué tipo de circunstancias?

Luego también un tema importante. Es que habrá que procurar que, si yo doy los datos, tengo también derecho a participar en la gobernanza del organismo que gestiona esos datos. Sí está contemplado a nivel nacional en el espacio español de datos, que sea el Consejo

Interterritorial quien gestione la gobernanza de esta información. Todas las comunidades tienen un peso en ese Consejo Interterritorial. Habría que insistir en ello y contribuir con el resto de comunidades, a ver qué modelo de gobernanza queremos para la información clínica.

El tema de la nanotecnología, este es un tema interesantísimo, porque en términos generales, la tecnología sanitaria está mucho peor regulada que los medicamentos. Es mucho más laxo todo. Hay mucha tecnología sanitaria que con un marca 12E es suficiente para poder utilizarlo, pero que no es garantía de que sea realmente fiable desde un punto de vista sanitario. Hemos tenido prótesis, temas de las prótesis de silicona mamarias, temas de implantes anticonceptivos que han dado muchos problemas. Esto está ahí porque la regulación es pobre en este sentido. Sí que habría que exigir, en el marco de nuestras competencias, exigir que haya una regulación más potente, y también exigir lo que vengo repitiendo, absolutamente todos los datos de los que se dispongan para poder evaluar.

El ejemplo que ponía la doctora Fanlo, de la endometriosis, la fibromialgia, la ausencia de ensayos en mujeres es interesantísimo. Es una oportunidad para que el sistema público haga lo que quizás no quieran hacer otros. Se podían hacer ensayos muy sencillos, pero que muy sencillos, y lo podemos hacer. Entonces, hay que verlo como una oportunidad para aportar un valor añadido allá donde no lo tenemos, de momento.

En parte, ya he respondido a la señora Ansa, cuando preguntaba cómo podemos insertar toda esta información de servicios asistenciales. La clave está en la gobernanza de datos, que creo que hay que pensarlo muy bien y consultarlo con calma con los expertos. Me consta que los que ya están trabajando en este tema tienen mucha inquietud. Javier Turumbay y demás. Pero voy a poner un ejemplo con los proyectos Nagen y la secuenciación genómica. A mí me invitaron a participar en uno de los proyectos en Pharmanagen y me eché para atrás, porque no veía clara la gobernanza de la información.

Entonces, lo que ocurre es que secuenciamos el genoma. Esto es una información supersensible. Inicialmente, en esta obsesión por llevar, trasladar todo, la traslación a la cama del paciente, con excesiva celeridad, nos olvidamos de lo fundamental, que es ver si esa información es legal, se gestiona adecuadamente, etcétera. Entonces, lo que ocurre es que los genomas los estamos conservando en unos servidores de Nasertic, a los cuales no podemos acceder ningún investigador por cuestiones legales. Entonces, se están secuenciando miles y miles de genomas para no se sabe muy bien qué. Hay otras comunidades que esto lo han ido resolviendo.

Yo, cuando me ofertaron meterme en el proyecto Pharmanagen, me decían: «No, previamente, tenemos pendiente una consultoría sobre aspectos legales, aspectos de gestión de muestras, de tal y cual». Digo: «Cuando esto esté claro, pues empezamos». «No, no». Pero esa vorágine de trabajo, que luego hace que ellas, no sé. Entonces, por ejemplo, en Andalucía, ellos gestionaron la información de tal manera que el genoma completo de cada persona lo fraccionan en tres trozos que están en servidores diferentes, todo anonimizada, de tal manera que si hay *hackers* no pueden ir a la información completa. La clave para unir las tres piezas del genoma está muy bien custodiada.

Quiero decir, a todo esto hay que darle una vuelta. La gobernanza de toda esta información es muy importante, y la próxima ley debería tenerlo muy presente. Porque es que ahora ya no es cuestión de que igual van a saber mi creatinina sérica. Es que saben todo mi genoma. Se va a secuenciar. Luego, esto probablemente irá a más, porque la prueba de la secuenciación del genoma, cuando se inició eran tres mil o cuatro mil euros lo que costaba, ahora anda por los trescientos euros, y acabará siendo algo muy asequible, que se podría utilizar de forma rutinaria. Entonces, el tema de la gobernanza de datos es absolutamente clave.

Respecto a la pregunta de qué tanto por ciento de financiación sería adecuado para potenciar la investigación, pues no lo sé. Pero quizás lo primero que deberíamos hacer es plantearnos unos objetivos, y en función de esos objetivos, dimensionar la financiación y, en todo caso, siempre con una aproximación gradual, porque yo soy de los que estoy convencido de que las cosas que merecen la pena de verdad crecen de espacio.

Entonces, hay que ir consolidando. No se trata de inundar con dinero algo, sino de permitir las condiciones para que quien quiere avanzar pueda avanzar. Iremos viendo hasta dónde llegamos, según los profesionales que tengamos con ilusión y con los medios adecuados. A mí la vida me ha enseñado que es mejor hacer las cosas despacio y con buena letra y con calma, sin grandes aspiraciones iniciales.

Respecto al trabajo de red, el ser punteros y cómo se combina todo esto, evidentemente, en este mundo moderno, o estás en una red o estás muerto y, sobre todo, con el tipo de investigación que tenemos, es necesario trabajar en red. Pero yo no lo veo incompatible con el hecho de ser punteros, porque creo que hay que ir buscando redes que sean punteras, y en algunos de los casos, incluso poder llegar a ser líderes de una red puntera. Que esto lo iremos viendo conforme surjan las cosas. Quiero decir, según el perfil de la gente más potente que tengamos, de forma natural se irá asumiendo el liderazgo de ciertas redes o ciertos proyectos. Lo importante es la capacitación de estos investigadores principales, que pueden ir marcando un poco el devenir de estas redes.

Se ha apuntado también, el señor González no ha hecho preguntas, pero ha hecho comentarios interesantísimos que yo he ido apuntando. Una de las cosas que ha mencionado, así como un poco de paso, son los fondos Next Generation y las tecnologías sanitarias. Este es un tema también muy importante, porque aquí se ha puesto de manifiesto el brillo de la metodología y el brillo de la tecnología, que tenemos que ser también muy comedidos a este respecto. No es oro todo lo que reluce, pero ahora vende tanto políticamente, y vende tanto a la sociedad, que tenemos el último robot que hace no sé qué. Pero hay que evaluar seriamente los beneficios de toda esta tecnología. Hace como tres, cuatro años, se incorporaron dos ingenieros biomédicos al Servicio Navarro de Salud. Para mi sorpresa, yo tengo mucha relación con ellos. Trabajamos estrechamente, una de ellas, Sara, empezó a trabajando conmigo, y luego por cuestiones de carrera profesional y de estas cosas, de categorías profesionales, se fue a otro sitio, pero mantengo mucha relación. Ellos me decían que se han ido sorprendiendo de la cantidad de trabajo que hay que hacer. Uno de estos comités reguladores de evaluación de tecnologías que se debería formar es uno que tuviera que ver con las altas tecnologías.

Porque tenemos un problema de mapeo. Aunque parezca increíble, no sabemos exactamente todo lo que tenemos, ni el mantenimiento adecuado de muchos. Los ingenieros me llevan

contando que había serias dudas de ciertos equipos, si estaban adecuadamente funcionando o no, si tal, plan de inversiones. A la hora de priorizar los equipos que había que comprar, no había criterios profesionales claros. Porque tradicionalmente en esta Comunidad hemos dependido mucho del peso específico de ciertos líderes de servicio que se han ido imponiendo a las direcciones. Pero no hay una visión de conjunto y de equipo, de priorización de hacia dónde vamos. Ha sido eso, el peso específico de ciertos líderes. Esto quizás en la ley tendría que darse una vuelta y pensar en la alta tecnología como algo que hay que regular de forma muy específica.

He hecho un apunte en el informe que les pasé por adelantado. Ahora estamos teniendo una auditoría de una institución oficial para auditar los sistemas públicos, la AIREF, y me auditaron a mí hace poco y están trabajando en el tema de tecnologías sanitarias, para en una segunda fase auditar temas de personal.

Supuestamente, el informe sobre tecnologías sanitarias estará disponible en abril, mayo, es el compromiso que hay con ellos. Tengo la sensación que va a ser muy interesante, porque hablando con quienes han llevado esta auditoría, creo que están haciendo un trabajo muy serio, y que, por otro lado, habla muy bien del Servicio Navarro de Salud, de ofertarse humildemente a que te auditen, que eso siempre genera un cierto reparo o miedo, pero creo que es absolutamente necesario, y que de ahí van a salir cosas que probablemente habrá que tener en consideración para la ley foral de salud.

Entonces, ese informe habrá que leerlo de espacio y nos puede dar muchas ideas de cómo mejorar las cosas en un entorno cambiante. Claro, es una ley que tiene que proyectarse al futuro. Tenemos que tener un poco la intuición de por dónde pueden ir los tiros o dejar las cosas abiertas para que no caduque la ley en cinco años, en una situación tan evolutiva y tan cambiante. Esto es todo por mi parte. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): Muchísimas gracias, señor Erviti. Damos la palabra a la señora Artazcoz para que responda a los comentarios y a las preguntas que le hemos hecho desde los diferentes portavoces.

SRA. ARTAZCOZ LAZCANO: Muchas gracias. En relación con la pregunta que hacía la señora Fanlo, sobre el análisis de los problemas de salud del colectivo LGTBI, hay un artículo publicado en 2015 del American Medical Association, es un *position paper*, que precisamente está relacionado con las limitaciones que tienen los profesionales sanitarios a la hora de abordar los problemas de salud o cómo tratar al colectivo LGTBI. Yo creo que vale mucho la pena.

Nosotros, por ejemplo, en las encuestas de Salud, en las dos últimas encuestas que hemos hecho en Barcelona, se hacen cada cuatro o cinco años, salud y determinantes tanto en adolescentes como en personas adultas, hemos incluido orientación sexual. Desde este punto de vista, estas fuentes de datos rutinarias, no hay problema de muestra, de tamaño muestral, en el caso de la orientación sexual, una cosa que hemos visto, por ejemplo, al menos en Barcelona, en los últimos cuatro años ha crecido mucho el número de mujeres que se declaran atraídas por ambos sexos. Mucho. No pasa en los hombres. Aquí no hay problema de muestra. En el caso de la identidad de género sí que lo hay.



También hemos preguntado, creo que bastante mal, es que nadie sabe cómo preguntar bien, la identidad de género. Estas dos últimas encuestas les hemos preguntado por el sexo al nacer y sobre cómo se sienten. Aquí, de género no binario o trans, podemos tener un 1,5 por ciento de la población, que además es entre las personas más jóvenes. Por tanto, esto nos sirve para analizarlo. Creo que aquí necesitamos estudios específicos en relación con la identidad de género. Para muestra, los estudios en red, necesariamente, porque el porcentaje creo que es un colectivo que puede tener determinantes específicos y problemas de salud específicos. Pero es que necesitamos muestra, también estudios cualitativos, pero los estudios cuantitativos permiten extrapolar, los cualitativos nos permitan entender mejor.

En relación con lo que señalaba la señora Ansa, que hemos naturalizado las desigualdades de género y las restricciones, las normas restrictivas de género, y aun hoy creo que lo seguimos haciendo, porque está tan interiorizado. De hecho, hace muchos años, cuando el movimiento feminista quiso reivindicar esa apuesta por tener en cuenta la salud de las mujeres, era extremadamente medicalizadora esta visión, muy relacionada con la salud sexual y reproductiva. Después, hemos ido avanzando, pero aún hay también esto de la morbilidad diferencial. El aspecto social tiene que tocarse más.

Estoy totalmente de acuerdo en que el discurso ha cambiado, pero la práctica no ha cambiado. Además, la tecnología tiene glamur, el *big data* tiene glamur. Decir que muchas mujeres son amas de casa que están en precario no tiene ningún glamur. Todo el mundo lo sabe. Pero, en cambio, tiene mucho más impacto, mucho más impacto.

Entonces, esto es muy importante, lo del glamur de las tecnologías y tal, que impacto en salud pública es muy bajo. Estamos pagando una barbaridad de dinero con el coste de oportunidad consiguiente, por algo que desde el punto de vista de salud de la población tiene un impacto muy bajo.

En relación con lo que decía la señora Ansa, vale, de acuerdo lo de la salud y los determinantes, pero aquí tenemos que hacer una ley de sanidad. Tienen una ley de Salud. Yo lo he leído en la convocatoria. Es una ley de salud y yo la aprovecharía, porque la ley de sanidad al final te quedas como siempre, con servicios sanitarios. Aprovechémosla. No sería la primera. Yo es que no me lo invento. El concepto de salud de todas las políticas es del año 1980, Organización Mundial de la Salud. Está bien refrendado.

Entonces, ¿qué exigiría en la ley? *Health impact assessment*, que también metodología reconocida desde hace décadas. Que cuando yo voy a hacer, te digo en cada intervención tengas que hacer evaluación previa del posible impacto en salud, porque al final no nos moveríamos, pero si voy a hacer una reforma importante, como puede ser el mercado laboral, una reforma, yo qué sé, sobre servicios sociales, lo que sea, que se exija el *Health impact assessment*, y no lo digo para no hacer la reforma, porque tenemos que evolucionar, la sociedad cambia muy rápidamente, cada vez cambia la sociedad, las tecnologías, cambia todas, las exigencias que tenemos las personas. Pero sabemos que, según cómo se hagan estas reformas o estas políticas, pueden tener algún impacto negativo en salud.

Cuando decía que aprovechen, creo que deberían aprovechar para hacer una ley de salud, porque yo como ciudadana lo que quiero de los Gobiernos es que cuiden de mi salud y

bienestar. Bueno, quiero salud, dinero y amor, que tampoco me lo he inventado. Esos son derechos. Tenemos derecho a todos estos derechos. Pero la salud, entendida, decía antes, no solo como mirar que nos curen. No, queremos que se preocupen de que nuestras condiciones, los determinantes, condiciones de vida sean mejores, asegurando que lo sean para todos, todas, y que preservemos nuestra salud, no solo la falta de enfermedad.

Entonces, yo decía, bueno, ya tengo salud en todas las políticas, el impacto de género, *Gender mainstreaming*, esto todo está, *Health impact assessment*, eso se puede incluir en una ley de salud. Cuando se hace un cambio en las leyes de vivienda, cosas así, que se tenga en cuenta que esto puede tener un impacto en la salud, y que puede ser no solo impacto en la salud, atención, porque la evaluación debe incluir también el análisis de las desigualdades en el impacto, porque puede ser un impacto positivo para un grupo, pero no para otro, incluso, negativo para otro.

Por tanto, entonces, por ejemplo, si me quedo ya solo en sanidad, el otro día estuve en una reunión que estaba una persona directiva del Departamento de Salud y dije que creo que las políticas de hospitalización domiciliaria creaban desigualdades de género. Se me enfadó muchísimo, porque ella era responsable en buena parte, y además estaba muy orgullosa, y creo que son muy buenas estas medidas. Pero por lo menos en Cataluña te exigen que para tener hospitalización domiciliaria, que tiene muchísimas ventajas, haya una persona que se preocupe de ti veinticuatro horas. Eso. ¿Quién tiene esa persona? El sexo de esa persona.

Entonces, claro, esto, si se hubiera hecho el análisis del impacto en la salud de esta política, podríamos intentar. Esto es bueno. Es bueno para todos. Hospitalización domiciliaria, pero no lo hagamos que sea a costa de un determinado colectivo, que en este caso son las mujeres, que se destroza nuestra salud por eso, y nuestra vida social.

El desagregar los datos por sexo. Es que aún siguen sin desagregarse por sexo. Esto como mínimo, porque ya que se incorporen variables que son sensibles a las desigualdades de género, esto sería aún mejor.

Después, la formación, la formación sanitaria, habría de incorporar perspectiva de sexo-género. Ahora sí que se está incorporando, pero hace diez años los alumnos de Medicina, que además tienen un ego importante, tú hablabas de los determinantes y no tenían ni idea. Claro, encima dices: «Es que tú tienes muy poca parte de la solución» y aún los hundes más.

Finalmente, los protocolos y demás tienen que tener perspectivas sexo-género. Repito, es que no es para que las mujeres seamos mejor atendidas. Es que son los dos sexos. Es que lo estamos haciendo mal para los dos sexos. Creo que aquí lo que es importante también es demostrarlo con estudios, con evidencia científica. Con mucha frecuencia oigo: «Es que no se lo creen». ¿Por qué se lo van a creer? Demuéstralo. Un profesional sanitario cree que los diuréticos hacen que orines más, ¿verdad? Porque está demostrado. Si vamos a hacer este protocolo es porque vamos a demostrar que esto va a ir mejor que si lo hiciéramos de otra manera, pero lo tenemos que demostrar, no aquello de no se lo creen.

Lo del TDH, cuando ha comentado. También hay desigualdades aquí en el TDH. Decían hace años, un grupo estaba trabajando este tema, me decían: «Lucía, en el barrio más rico de

Barcelona, los niños que no funcionan en la escuela tienen TDH, en el más rico. En el más pobre tienen fracaso escolar. Por un lado, a unos los medicalizan, los medicalizan, y, además, todo el mundo se queda contento. No es que mi niño sea torpe, sino que tiene esto, tiene TDH, y además lo tratamos convenientemente». En el otro se pasa más, en los más pobres.

Entonces, ese análisis de todo con la perspectiva de desigualdades arroja unos resultados que muchas veces nos sorprenden mucho. Un placer estar con vosotros, la verdad.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Fanlo Mateo): La verdad, un placer en nombre de todos los portavoces, el haber escuchado esto, porque estas reflexiones y estas conversaciones habitualmente no se tienen en muchos foros y, desde luego, aporta valor, son datos que hay que incorporar a la ley, de una forma u otra. Desde luego, nos han ayudado mucho. Esperemos que esta ley llegue, es así. Por lo menos, nosotros, cada uno en nuestra parcela lucharemos o estaremos luchando, habremos luchado para que esto salga.

Debo darles las gracias, de verdad, por el esfuerzo de haber estado aquí. Juan, las encuestas. Lucía desde Barcelona, haber venido aquí para hablar de todos estos temas. Han cerrado, además, las cinco Comisiones. Es la última. Nos hubiera gustado tener más, pero desde luego, por tiempos del Parlamento nos es imposible, pero han cerrado, y con nota muy alta todas estas Comisiones que hemos tenido, que la verdad que ha sido una experiencia, como muy bien ha dicho la señora Ansa, de las mejores experiencias que probablemente hayamos tenido en esta Comisión de Salud y en el Parlamento de Navarra, desde luego, en estos cuatro años.

Debo agradecerles su asistencia y están abiertas las puertas del Parlamento y de todos los portavoces sus puertas a cualquier duda, reflexión. Les haremos llegar también el dictamen, porque luego, al final de todas estas Comisiones hacemos un resumen. Es simplemente un resumen de las conclusiones que hemos extraído de todas estas Comisiones. Les haremos llegar también el dictamen porque habéis puesto este granito de arena en esta nueva ley. Muchísimas gracias a vosotros.

(Se levanta la sesión a las 15 horas y 27 minutos).