DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura | Pamplona, 2 de febrero de 2012 | NÚM. 8

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. JOSÉ ANTONIO RAPÚN LEÓN

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 2 DE FEBRERO DE 2012

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces y a iniciativa propia, de la Consejera de Salud para informar sobre los planes de actuación en relación con los laboratorios de los hospitales de Tudela y Estella.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las cocinas del Complejo Hospitalario.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 10 horas y 7 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces y a iniciativa propia, de la Consejera de Salud para informar sobre los planes de actuación en relación con los laboratorios de los hospitales de Tudela y Estella (Pág. 2).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia toman la palabra las señoras De Simón Caballero (GP Izquierda-Ezkerra) y Fernández de Garaialde y Lazkano Sala (GP Nafarroa Bai) (Pág. 2).

A continuación interviene la Consejera de Salud, señora Vera Janín (Pág. 3).

En un turno de intervenciones de los grupos parlamentarios toman la palabra las señoras De Simón Caballero y Fernández de Garaialde y Lazkano Sala, el señor Pérez Prados (GP Unión del Pueblo Navarro), las señoras Ochoa Canela (GP Socialistas de Navarra) y Ruiz Jaso (GP Bildu-Nafarroa) y el señor Martín de Marcos (GP Popular del Parlamento de Navarra), a quienes responde, conjuntamente, la Consejera (Pág. 9).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las cocinas del Complejo Hospitalario (Pág. 17).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia toma la palabra la señora Fernández de Garaialde y Lazkano Sala (Pág. 17).

A continuación interviene la Consejera de Salud, señora Vera Janín. (Pág. 18).

En un turno de intervenciones de los grupos parlamentarios toman la palabra la señora Fernández de Garaialde y Lazkano Sala, el señor Pérez Prados, las señoras Ochoa Canela y Ruiz Jaso, el señor Martín de Marcos y la señora De Simón Caballero, a quienes responde, conjuntamente, la Consejera (Pág. 23).

Se levanta la sesión a las 13 horas y 20 minutos.

(COMIENZA LA SESIÓN A LAS 10 HORAS Y 7 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces y a iniciativa propia, de la Consejera de Salud para informar sobre los planes de actuación en relación con los laboratorios de los hospitales de Tudela y Estella.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Buenos días, señoras y señores Parlamentarios. Damos comienzo a esta Comisión de Salud. Saludamos dos días después, de nuevo, a la señora Consejera, que viene acompañada de todo su equipo directivo: señor Sanz Barea, gerente del Servicio Navarro de Salud; señora Borruel, jefa de gabinete; y señora Ibarrola, que es la directora general de Salud.*

Teníamos dos puntos en el orden del día, el primero de los cuales es una acumulación de tres anteriores acerca de los informes sobre la actuación en relación con los laboratorios de los hospitales de Tudela y Estella, la actuación del Gobierno. Habían solicitado el grupo Izquierda-Ezkerra, el grupo de Nafarroa Bai y el propio Gobierno la comparecencia ante esta Comisión para informar sobre esta cuestión. Por consiguiente, haremos la presentación de la cuestión primero Izquierda-Ezkerra, después Nafarroa Bai y después el propio Gobierno, la Consejera, que seguirá informando sobre el tema. Así pues, señora De Simón, cuando quiera.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Muy buenos días a todos y a todas. Muchas gracias, señora Vera y a todo el equipo que la acompaña por estar hoy con nosotros y con nosotras.*

El sentido de la petición de su comparecencia, que, por otro lado, usted ha solicitado también sobre el mismo tema, sobre la centralización de los laboratorios, no es otro que conocer el futuro que tiene usted, que tiene el Departamento de Salud previsto para los laboratorios de Tudela y Estella, y en la medida de todo lo que supone una centralización, que conlleva una reorganización y una reestructuración de procesos y de servicios en el Complejo Hospitalario y en los hospitales de Tudela y de Estella.

¿Cómo afectará? Nos interesaría saber hoy cómo afectará a los servicios que ofrecen en estos momentos específicamente los hospitales de Estella y de Tudela, cómo afectará a la ciudadanía en su ámbito de influencia, cómo afectará a los trabajadores y a las trabajadoras en los mismos y cómo afectará al gasto público. La verdad es que

no puedo obviar que hasta ahora hemos tenido muchas dudas y muchas incertidumbres al respecto, tanto nosotros como los diferentes colectivos que han comparecido en esta misma Comisión. Tenemos dudas que consideramos razonables, pero porque hemos recibido además informaciones muy contradictorias. Por un lado, nos decía usted el pasado 20 de septiembre que contemplaba la concentración de recursos específicamente en los laboratorios y parecía que estaba decidido. Por otro lado, presentaba la centralización como una medida de ajuste presupuestario en las propuestas para el 2012, o nos decía que no había nada decidido sobre la centralización hasta que terminara el informe que estaban preparando un grupo de expertos. Nos decía que no había estudios previos respecto de la pertinencia o no de esta centralización, se aseguraba que no se tenían previstas repercusiones en los trabajadores, se ensalzaba la bondad al mismo tiempo de esta centralización que iba a repercutir en la racionalización de los servicios e incluso se ha llegado a informar, creo que por parte del gerente del hospital de Tudela, no lo tengo ahora claro, que nueve trabajadores se iban a desplazar a Pamplona. En fin, un lío.

Por lo tanto, no tenemos claro si estaba decidida la centralización, si el equipo de estudio analizaba la pertinencia de la misma o estaba estudiando qué centralizar o cómo, si se destruirán puestos de trabajo, si habrá reubicaciones, si repercutirá en las condiciones laborales de los trabajadores y las trabajadoras y si en realidad supondrá un ahorro económico que justifique el proceso.

Yo, francamente, estoy muy expectante y hoy espero poder tener respuestas a todas esas preguntas. Reitero mi agradecimiento por que estén ustedes hoy aquí con nosotros y con nosotras. Muchas gracias. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Fernández de Garaialde.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días a todos y a todas y buenos días también a la señora Consejera y al equipo que la acompaña. Primero, voy a hacer una sugerencia al Presidente de esta Comisión, y es que como Presidente transmita, no sé si a la Mesa o a donde tenga que transmitirlo, independientemente de que todos tenemos representantes en la Mesa, que lo que no puede ser es que peticiones del 19 de octubre las estemos tratando en el día de hoy. Me gustaría que esa queja fuera a la Mesa.*

Por otro lado, es cierto, y no voy a repetir lo que ha dicho la señora De Simón, que desde entonces hemos ido recibiendo muchos informes contradictorios y además todos por prensa, salvo las informaciones que hemos recibido cuando vinieron aquí los sindicatos y personal que trabajaba en el laboratorio de Tudela. De lo que se trata es de intentar clarificar todos esos informes contradictorios y que se han recibido por prensa. Las peticiones que hacíamos eran cuáles son las intenciones, cuáles los planes de actuación de la consejería en relación con los laboratorios y cómo va a repercutir la supresión del servicio como está ahora en los centros comarcales y en la prestación de servicios sanitarios de calidad.

Dentro de los planes de actuación, sí que nos gustaría que la Consejera nos explicara... Porque cuando se habla, por ejemplo, de la centralización de las cocinas, se dice que se va a externalizar y privatizar el servicio porque la centralización supone una nueva infraestructura que es muy cara. Pero aquí, en cambio, también se habla de la centralización, al margen de otros debates que pueda haber, pero tampoco sabemos dónde se va a hacer, cómo se va a hacer, qué coste va a tener, si va a ser en un nuevo edificio, qué gestión va a tener ese nuevo edificio... Lo que justifica la privatización de unos no justifica la de otro, al margen de que, insisto, no sabemos si se van a hacer nuevos edificios, si no... Pero inversión tiene. Se nos dice que se van a ahorrar ocho o nueve millones, y además eso lo leímos ayer en prensa, que se van a ahorrar ocho o nueve millones al unificar la compra de reactivos, pero, claro, también eso tiene que tener una inversión. Queremos conocer todas esas explicaciones y después ya haremos una valoración. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. La señora Consejera tiene la palabra para su informe.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días a todos. Voy a ver si soy capaz. De hecho, cuando nosotros solicitamos la comparecencia para hablar de este tema precisamente lo que queríamos era, una vez que tuviéramos todo el trabajo realizado y ultimados todos esos detalles por los que me están preguntando, podérselos transmitir y contárselos, puesto que antes de comenzar con la tramitación de los concursos pertinentes teníamos que tener todas esas cosas decididas.*

Antes de comenzar con todos los detalles, les pido disculpas pero supongo que entenderán también que tengo que comenzar mi comparecencia desmintiendo algunas afirmaciones que se hicieron en este mismo foro el martes de la semana pasada. Ese día, una representación de los trabajadores del laboratorio del Hospital Reina Sofía, de Tudela, sostuvo en esta Comisión que la centralización de los laboratorios era una decisión política y que el proyecto conllevaría una pérdida de calidad del servicio. A partir de esa afirmación, que no se ajusta en absoluto a la realidad, el por-

tavoz de los trabajadores, el señor Luis José López, continuó desgranando una serie de aseveraciones que reflejaban un profundo desconocimiento de la metodología de trabajo utilizada en el centro en el que él presta sus servicios. Aunque me consta que nadie hubiera podido creerse alguna de las afirmaciones que este señor expuso aquí mismo, no me gustaría que quedara entre ustedes el menor atisbo de duda y por eso voy a rebatir algunas de las afirmaciones que se hicieron.

Comenzó diciendo el señor López que el laboratorio del Hospital Reina Sofía se creó hace veintiséis años con el esfuerzo y la ilusión de todos los ciudadanos de la Ribera. Hasta aquí, estoy totalmente de acuerdo. A partir de entonces, el discurso está plagado de inexactitudes como que si un señor de Cortes se saca sangre a las ocho de la mañana las muestras llegarán a Pamplona a las doce del mediodía. Señorías, esto no es así. Aun suponiendo que la recogida de las muestras se demore hasta las nueve, antes de las diez y media estarían en Pamplona. Por otro lado, el señor López parece olvidar que desde hace muchos años estamos recibiendo muestras de Valcarlos o de Isaba entre las diez y media y las once de la mañana, y eso que están a mayor distancia en tiempo que Cortes y con peores carreteras.

El señor López cuestionó también el coste actual de los análisis clínicos en el Servicio Navarro de Salud, calculado en 47,47 euros por habitante, y afirmó que en realidad ascendía a 28 euros por habitante y año. Lo que no explicó es si esos 28 euros incluían el coste de personal y, de ser así, si incluían a todo el personal, con sustituciones incluidas. No indicó tampoco que nuestra cifra incluye, además de todos los costes de personal, toda la analítica que se hace en Navarra. Y debemos tener en cuenta que el laboratorio de Tudela no hace todos los análisis de los vecinos de la Ribera, ya que una parte muy importante, precisamente los más complejos, como los de microbiología y hematología, de coste unitario más elevado, se hacen en el Complejo Hospitalario de Navarra. De ahí que su cálculo sea de veintiocho euros, es que está contando solo los de Tudela y, de estos, solo los de menor coste unitario.

También expuso el señor López que nos íbamos a llevar de Tudela el 70 por ciento del trabajo que hacen en este momento. Señorías, los hospitales de Tudela y Estella no se quedarán solo con la actividad de urgencias sino también con todas las pruebas del paciente ingresado y las consultas externas. Son las pruebas correspondientes a la Atención Primaria las que se trasladarán al laboratorio unificado central, es decir, el trabajo robotizable de las pruebas que no precisan resultados con carácter inmediato, que suponen actualmente de forma aproximada el 50 por ciento de las analíticas que hacen tanto en la zona de Estella como en la Ribera.

Y lo que me parece, de verdad, que roza la insensatez es la afirmación del señor López asegurando que el pobre paciente de Cortes se va a quedar con una diabetes sin diagnosticar porque se nos habrán estropeado las muestras durante su transporte a Pamplona. Señorías, doy por sentado que todos ustedes se imaginan que el margen de seguridad para estas muestras es muy alto y todas las instalaciones que utilizamos en el Servicio Navarro de Salud han sido certificadas. Los laboratorios centralizados y la extracción periférica de muestras para determinadas pruebas diagnósticas las llevamos haciendo desde hace varios lustros en Navarra y con unos parámetros de calidad excepcionales. No hay nada que nos impida ahora mismo que las muestras estén en Pamplona en dos horas ni supondrá variación en los horarios de extracción. Eso mismo lo hemos resuelto con zonas como Isaba o Roncal, que conllevan mucha más dificultad de accesibilidad geográfica, como para no resolverla con Cortes, que está a una hora por autopista. ¿Ustedes pueden pensar, señorías, que en Madrid, por ejemplo, donde las distancias son más grandes y el tráfico más lento, las diabetes se quedan sin diagnosticar porque las muestras se estropean por el camino? Prefiero pensar, sinceramente, que estas afirmaciones se realizan desde la voluntad de defender un interés particular y no por otras motivaciones.

Hasta aquí, he hablado sobre las consideraciones que se hicieron. Y ahora voy a pasar a contarles cuáles son nuestros planes y lo que nos ha traído aquí esta mañana.

Tal y como me comprometí el día 28 de noviembre, solicité comparecer voluntariamente en esta Comisión de Salud con objeto de informarles sobre las conclusiones del estudio que el grupo de trabajo ha estado realizando estos tres últimos meses sobre la centralización de los laboratorios de salud de Navarra y las decisiones que el Departamento de Salud tomase en torno a esta cuestión. La señora De Simón recordará, seguramente, que en el último pleno del Parlamento del día 17 de enero respondí a una pregunta oral que planteó, en la que me inquiría sobre las razones que nos habían llevado a considerar este proyecto. Dije ese día, y reitero hoy aquí, que en nuestro planteamiento inicial aplicamos tanto la lógica como la observación. Y es una cuestión de lógica pensar que si compramos una cantidad importante de reactivos a un mismo proveedor lograremos un precio más barato que si compramos la misma cantidad de reactivos repartida entre cinco proveedores diferentes. Al fin y al cabo, no es nada fuera de lo común, es la misma premisa que aplicamos frecuentemente tanto en la economía doméstica

como en la empresarial. Y en segundo lugar, es una cuestión de observación el analizar atentamente el entorno que nos rodea para descubrir que otros países y otras comunidades autónomas ya habían llegado a esa misma conclusión y habían acometido la centralización de los laboratorios logrando resultados extraordinariamente positivos tanto en ventajas para el paciente como en eficiencia económica para el sistema.

Partiendo de estas dos premisas, y considerando además que la dispersión física de los equipos introduce un relevante factor de ineficiencia que debía ser afrontado, decidimos estudiar la manera de lograr la máxima eficiencia de nuestros laboratorios garantizando la cobertura de la prestación sanitaria con criterios de homogeneidad y optimización de los servicios, y, lo que es más importante, mejorando la calidad asistencial de los pacientes. En cualquier actividad industrial, y los análisis clínicos tienen cada vez más ese carácter por la dependencia de la tecnología de los equipos utilizados, dispersión e independencia son sinónimos de ineficiencia, mientras que concentración y coordinación suponen una mejora en la eficiencia.

Lo que hicimos entonces fue hacer un análisis previo y, por supuesto, provisional que nos orientara sobre el hipotético ahorro que podíamos conseguir. Dado que la cifra era elevada, sobre los siete millones de euros, decidimos que merecía la pena establecer o crear un grupo de trabajo formado por profesionales que analizara la situación de partida y estableciera las bases que debían sustentar la mejor forma de llevar a cabo ese proyecto de centralización.

El 2 de noviembre, por otro lado, en rueda de prensa, explicamos los dos proyectos que íbamos a acometer, cocinas y laboratorios. En el caso de los laboratorios, dijimos que se haría, pero que había que acabar el trabajo del grupo y que por eso no podíamos explicar cómo. Y eso es lo que pretendo hacer aquí hoy. Dicho grupo de trabajo ha estado formado por los propios jefes o delegados de todos los laboratorios que tiene actualmente el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y que son los siguientes: análisis clínicos del antiguo Hospital Virgen del Camino, análisis clínicos del antiguo Hospital de Navarra, hematología del Complejo Hospitalario de Navarra, microbiología del Complejo Hospitalario de Navarra, análisis clínicos de la Clínica Ubarmin, análisis clínicos del Ambulatorio Doctor San Martín, laboratorio del hospital de Tudela y laboratorio del hospital de Estella. A todos estos profesionales de laboratorio se unieron el director de Asistencia Especializada del Servicio Navarro de Salud, el director del Complejo Hospitalario de Navarra, la subdirectora médica del Complejo Hospitalario de Navarra y el jefe de área de los laboratorios. Su función básicamente ha consistido en determinar la cartera de servicios de cada laboratorio, proponer un plan funcional para el Laboratorio Unificado de Navarra y revisar el esquema logístico de la extracción. Los componentes del grupo de trabajo, además de elaborar los planes funcionales y de servicio, han visitado en estos meses los laboratorios del Complejo Hospitalario de Donostia, el laboratorio unificado de Madrid, el del Hospital Son Espases y el del Hospital Miguel Servet, de Zaragoza. Las conclusiones de dicho grupo reflejan claramente las oportunidades de mejora que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea tiene en gestión de la actividad de los laboratorios, como vamos a ver a continuación.

La Comunidad Foral de Navarra tiene una población de aproximadamente 630.000 habitantes, divididos en tres zonas sanitarias: el área de salud de Pamplona, con 469.694 habitantes; el área de salud de Estella, con 64.328 habitantes, y el área de salud de Tudela, con 96.556 habitantes. En el área de Pamplona hay actualmente seis laboratorios, que atienden aproximadamente el 80 por ciento de la demanda de análisis clínicos de Navarra: el centro A, ubicado en el antiguo Hospital de Navarra; el centro B, en el antiguo Hospital Virgen del Camino; el laboratorio de hematología especial del Complejo Hospitalario de Navarra, ubicado en el centro A; el laboratorio de microbiología del Complejo Hospitalario de Navarra, ubicado en el centro A; el laboratorio del centro D de la Clínica de Ubarmin, y el laboratorio de primaria norte y este, ubicado en el centro C, ambulatorio Doctor San Martín. En el área de Estella, existe un laboratorio en el Hospital García Orcoyen que atiende el 7 por ciento de la demanda de Navarra. Y en el área de salud de Tudela, contamos con un octavo laboratorio en el Hospital Reina Sofía, que se ocupa del 13 por ciento de la demanda de la Comunidad Foral.

En el siguiente cuadro podemos ver la clasificación de los análisis clínicos que se hacen en este momento en los laboratorios de Pamplona y el número de determinaciones que se efectúan diariamente en cada uno de los grupos que les he mencionado. A continuación, les pongo otro cuadro en el que pueden ver cuáles son las peticiones que se realizan de rutina y de urgencias en cada uno de esos laboratorios en este momento, tanto para los de Pamplona como para los laboratorios de Estella y de Tudela. Si entramos a analizar en detalle cada uno de ellos, vemos que el centro A, antiguo Hospital de Navarra, tiene un servicio de bioquímica con un gran volumen de actividad en química clínica de rutina y pruebas como hormonas y marcadores tumorales; es además un centro de referencia para drogas de abuso y tiene una gran cartera de pruebas especiales. Su servicio de hematología es un centro de referencia de la

Comunidad tanto por volumen como por su oferta. Tiene además un servicio de microbiología clínica que constituye el primer servicio del Complejo Hospitalario de Navarra fusionado en su totalidad y asume las cargas de trabajo tanto de la Atención Primaria como de la Atención Especializada de todo el área de Pamplona. Por último, tiene una alta actividad de urgencias trescientos sesenta y cinco días al año y veinticuatro horas, con urgencias microbiológicas hasta veintidós horas.

El centro B, en el antiguo Hospital Virgen del Camino, tiene un servicio de análisis clínicos con un volumen de actividad tres veces inferior al centro A en química clínica, en inmunoquímica, y una atención de urgencias las veinticuatro horas los trescientos sesenta y cinco días del año.

El centro C, Doctor San Martín, es un centro ambulatorio de asistencia extrahospitalaria, Atención Primaria, cuyo laboratorio tiene alta demanda y amplia gama de servicios, sin atención continuada.

El centro D, la antigua Clínica Ubarmin, es un centro de referencia médico-quirúrgico en traumagología.

Y los laboratorios de los hospitales García Orcoyen y Reina Sofía son centros de atienden las veinticuatro horas determinaciones de bioquímica, hematología y microbiología.

La actividad desarrollada por los laboratorios de salud de Navarra en los tres últimos años la pueden ver en los cuadros que presentamos a continuación: el número de determinaciones/año en análisis de rutina y de urgencias de los años 2009, 2010 y 2011, el número de pacientes al año y el número de peticiones que se han realizado en estos tres últimos años. También les presentamos cuáles han sido las peticiones/día durante los tres últimos años en cada uno de los laboratorios, tanto en análisis de rutina como en análisis de urgencias.

Estos datos los presentamos para que puedan ver cuál es la evolución sostenida entre los años 2010 y 2011, que es que hay una tendencia de crecimiento de un 0,8 en los pacientes a los que se les ha sometido a analítica en urgencias. Las peticiones han sido las mismas y han crecido las determinaciones en un 3,6 por ciento. En lo que respecta a la atención ordinaria, los pacientes a los que se les ha solicitado un estudio han crecido un 7,4 por ciento, las peticiones han crecido un 9,2 y un 4,9 por ciento las determinaciones. Cada paciente puede ser sujeto de una o varias peticiones. La media del año 2011, por ejemplo, ha sido de 1,33 peticiones de rutina por paciente. Y cada petición puede tener varias determinaciones. La media del año 2011 ha sido de 13,5 determinaciones por cada petición de rutina.

Este es el panorama en cuanto a la actividad que estamos realizando ahora en cada uno de los centros. Vamos a pasar a cuál es la situación actual de la plantilla.

La plantilla del Servicio Navarro de Salud adscrita a la actividad de laboratorios en el año 2011 es de trescientas cuatro personas, doscientas cincuenta y cinco en el Complejo Hospitalario de Navarra, veintinueve en el laboratorio del Hospital Reina Sofía, de Tudela, y veinte en el laboratorio García Orcoyen, de Estella. El coste per cápita de los recursos humanos supone para cada navarro un total de 23,47 euros, a lo que debemos añadir el coste del capítulo dos, de los reactivos, que asciende a 23,20 euros y, como pueden observar, con una tendencia ascendente.

Ante estos datos y considerando los gastos directamente imputables –estoy hablando de capítulo uno y capítulo dos de esta actividad en concreto–, vemos que Navarra gasta 46,67 euros por navarro y año en el laboratorio, una cifra parecida al resto de comunidades autónomas donde no tienen el modelo centralizado. Sin embargo, en Madrid, con el modelo que ellos han escogido, que no tiene por qué ser el que vayamos a escoger nosotros, han logrado bajar ese gasto a 17 euros por persona y año o, lo que es lo mismo, una diferencia mayor del 60 por ciento con respecto al gasto capitativo en Navarra. Como ven, la diferencia es considerable.

Señorías, tal y como hemos visto, existen al menos cinco modelos de organización y gestión de los laboratorios en Navarra en estos momentos. Según el laboratorio considerado se dispone de diferentes proveedores de equipamientos y reactivos en bioquímica, hematología o microbiología. Además, cada área de salud gestiona un número determinado de puntos de extracción, tiene un modelo logístico de transportar muestras, entrega sus resultados con plazos y protocolos independientes, tiene su propio modelo de gestión de calidad y tiene, además, sus particulares planes de investigación y formación. Por último, algunos laboratorios realizan sus compras de reactivos a través de concursos públicos diferentes. Por el contrario, los modelos centralizados mejoran los resultados en reducción neta de costes directos minimizando la duplicidad de actividades, desarrollando economías de escala y optimizando la gestión de recursos y procesos. Estudios realizados en distintas regiones europeas demuestran que el gasto medio en diagnóstico biomédico por habitante y año se sitúa entre un 30 y un 45 por ciento del gasto medio español.

Pero no solo debemos quedarnos en el ahorro económico, que, como todos saben, en la actualidad también es importante; queremos, como dije al comienzo de la legislatura, mejorar, modernizar

y fortalecer nuestro sistema público de salud. Con la unificación de los laboratorios mejoraremos en la eficiencia garantizando la cobertura de la prestación sanitaria con criterios de homogeneidad y optimización de los servicios. Y lo que es más importante, mejorará sensiblemente la calidad asistencial de los pacientes por dos razones. La primera, porque la unificación conlleva la robotización de las pruebas analíticas que pueden ser realizadas de forma automática, que son la gran mayoría de estas determinaciones que hemos visto. De esta forma, las determinaciones reducen el margen de error en el resultado con el valor añadido de que los ciudadanos podrán tener sus resultados en unos plazos de tiempo iguales o inferiores a los actuales. Estos sistemas de robotización podrán ser amortizados con mayor rapidez y, por tanto, ser actualizados a la última tecnología con mayor anticipación en relación con el modelo disperso que tenemos en estos momentos. Y la segunda de las ventajas es que los ciudadanos podremos acceder a más y mejores prestaciones analíticas que ahora mismo, debido a la dispersión geográfica y a la diversidad de maquinaria especializada. Esas pruebas ahora mismo, por esa dispersión, no las podemos ofertar. Una mayor masa crítica, una tecnología más eficaz y un mayor número de sistemas nos permitirán hacer analíticas en nuestra Comunidad sin tener que enviarlas a laboratorios externos. Por tanto, lograremos una mejora clara en otra de nuestras prioridades: la garantía de que todos los ciudadanos navarros podamos acceder a las mismas prestaciones sanitarias con equidad, independientemente de la zona del territorio foral en el que vivamos.

Pero no solo tiene ventajas para los pacientes, también presenta una clara mejora para los profesionales de los laboratorios, pues, primero, se robotizan las tareas más numerosas y repetitivas, por lo que sus condiciones de trabajo mejoran; segundo, los profesionales van a tener la oportunidad de formarse y especializarse en ámbitos más punteros del diagnóstico biomédico; tercero, dispondrán de herramientas más destacadas para la gestión de la producción y de la calidad del servicio; cuarto, se podrán desarrollar técnicas vanguardistas y mejorará la faceta investigadora; y, en quinto lugar, redundará en un mayor desarrollo de la actividad docente.

¿Cuál es el escenario que proponemos? Planteamos un nuevo modelo de gestión de los laboratorios de diagnóstico biomédico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea concentrando la mayor parte de la producción en un Laboratorio Unificado de Navarra, el LUNA, que procese la mayor parte de las muestras que por su plazo de entrega sean susceptibles de concentrarse en un punto único, consultas externas hospitalarias y Atención Primaria, y mantener los actuales laboratorios hospitalarios de Tudela y Estella centrando la actividad de estos en la atención hospitalaria tanto para ingresados como para consultas y también las urgencias, que, lógicamente, se complementarán con las actividades de docencia e investigación que se consideren oportunas en cada uno de los centros.

El laboratorio unificado y los dos satélites se articularán mediante un órgano de gestión único del área de diagnóstico biomédico, el cluster *de laboratorios de Navarra, que defina un modelo unificado de la gestión de los análisis clínicos, de manera que el catálogo de pruebas a realizar en cada actividad y en cada uno de los laboratorios consistirá en un catálogo de pruebas de urgencias, un catálogo de pacientes ingresados, un catálogo de pruebas de Atención Primaria y un catálogo de asistencia especializada. Se establecerá también el catálogo de pruebas especiales a externalizar buscando la optimización de los equipos existentes. También se elaborarán los protocolos a seguir en todo el proceso en la fase preanalítica, analítica con plazos de entrega y postanalítica, con especial incidencia en la definición de puntos de extracción, establecimiento de una logística única, selección y proceso de entrega de resultados, así como su plan de desarrollo en el tiempo. El modelo también definirá la contratación centralizada de equipos, reactivos, material de extracción y entrega de resultados, con especial atención a un sistema informático unificado.*

La configuración de un cluster *en el que se integre cada laboratorio sin perder su identidad propia y que mantenga un funcionamiento con una interdependencia funcional permite la consecución de ventajas en diferentes ámbitos: capacidad de contratación con proveedores, concentración de conocimiento y generación de innovación y complementariedad de los miembros que forman parte del* cluster.

El cluster *debe cumplir cuatro objetivos: el aprovechamiento de las economías de escala, la mejora de la eficacia y la eficiencia de la respuesta, la integración y consolidación de la información y la garantía de proporcionar el servicio a un coste razonable en un tiempo de respuesta adecuado y con calidad técnica y clínica suficiente.*

¿Y cuál es el proceso que vamos a seguir? Se nombrará un director y un comité de dirección del área que asumirá las funciones organizativas del área de gestión de diagnóstico biomédico de Navarra. Sus funciones, obtenidas a partir de las conclusiones del grupo de trabajo, serán establecer los protocolos de trabajo, definir los indicadores de actividad y de calidad que garanticen la calidad del servicio en el laboratorio, seguir la gestión tanto del laboratorio unificado como de

los laboratorios hospitalarios y establecer los organigramas funcionales de cada uno de los laboratorios. De forma simultánea, se planteará la convocatoria de uno o varios concursos públicos para la contratación del suministro del conjunto de materiales necesarios para el correcto funcionamiento del Laboratorio Unificado de Navarra: reactivos, inversiones en equipo, material de extracción, equipamiento y mobiliario, sistemas de información, logística, mantenimiento, técnicas de referencia, etcétera.

El objetivo es la simplificación al máximo del proceso concursal reduciendo al mínimo el número de concursos y lotes de los mismos, y manteniendo siempre posibilidades de concurrencia. El proyecto plantea el lanzamiento del concurso en los próximos días y la apertura del nuevo laboratorio en los meses de verano del 2012.

¿Y qué ventajas tiene el modelo? Encontramos diferentes ventajas en dos áreas distintas. En lo que respecta a los recursos humanos, nos permitirá la adaptación de los trabajadores a los diferentes laboratorios del cluster *en función de la carga de trabajo resultante de la distribución de la demanda por los diferentes nodos. Nos permitirá también un incremento de la productividad de la plantilla por la disminución de las sustituciones y nos permitirá una disminución de las guardias a través de la implantación de sistemas de información en red que facilitan la validación en remoto.*

En cuanto al servicio, la centralización permite avanzar en la utilización de sistemas de información corporativos que permitan compartir información, la gestión del conocimiento y la generación de innovación. Además, facilita la vigilancia, adquisición y utilización de la tecnología mejorando la I+D+I.

En lo referente a los costes, la realización de un único concurso centralizado permite la generación de economías de escala y la incorporación de mecanismos de concurrencia que hacen prever una reducción significativa de los precios actuales y un adecuado mecanismo de ajuste del pago, y la producción permitirá un riesgo compartido controlando el histórico crecimiento del consumo. Se busca el establecimiento de figuras de control mixtas para la vigilancia del contrato en relación con la cartera de servicios y gestión de la demanda, y se coloca a los proveedores en una posición que trasciende del mero papel de suministradores para que sean agentes implicados en la mejora de la eficiencia de nuestros laboratorios. Obviamente, el ahorro se podrá estimar con precisión una vez que se determinen las cadenas de producción robotizadas y se hayan resuelto los concursos correspondientes, pero a tenor de las experiencias de otros laboratorios centralizados, nuestra estimación es que el coste será entre un 20 y un 30 por ciento inferior al actual, entre los seis y ocho millones de euros anuales.

El laboratorio LUNA está previsto que atienda la demanda rutinaria de Atención Primaria de las áreas de Pamplona, de Tudela y de Estella, además de la especializada y la demanda urgente del área de Pamplona, lo que supondrá aproximadamente un número de 2.288 peticiones/día, que se atenderán en un gran espacio de aproximadamente 2.000 metros cuadrados. Su ubicación definitiva está prevista en el nuevo edificio del Hospital Virgen del Camino, donde iba a estar ubicado el laboratorio de dicho hospital antes de la unificación en el Complejo Hospitalario de Navarra. Pero hasta entonces, y dado que cada mes que perdamos nos supone mucho ahorro económico, estamos ultimando los trámites para que de forma provisional pueda ubicarse en la primera planta del nuevo edificio del Centro de Investigación Biomédica, ubicación que se mantendrá únicamente de forma transitoria. Quiero aclarar en este sentido que el Plan de Investigación del Departamento de Salud va a continuar en las mismas condiciones y que es una línea prioritaria de este departamento impulsar la investigación en el Servicio Navarro de Salud y que el Centro de Investigación Biomédica va a constituir una ayuda muy importante para el impulso de la investigación sanitaria en Navarra.

De cualquier manera, dada la coyuntura económica actual y con el objetivo de mejorar la eficiencia en la gestión del Departamento de Salud, provisionalmente y en tanto en cuanto la actividad investigadora gestionada por la Fundación Miguel Servet se va desarrollando, creciendo y aumenta sus necesidades de espacio, a la vez que finalizan las obras del Complejo Hospitalario de Navarra, el proceso de unificación hospitalario y la reordenación de espacios en el complejo, la primera planta del CIB, que en principio estaría cerrada hasta que la actividad investigadora lo precisara, va a utilizarse como ubicación transitoria del Laboratorio Unificado de Navarra. Esta medida, que nos va a permitir un ahorro económico tan significativo, es una de las que nos permitirá ser más eficientes y disponer de mayores recursos en ejercicios posteriores para invertir en investigación.

El laboratorio del García Orcoyen atenderá la demanda urgente del área de salud de Estella, que son cuarenta y nueve peticiones al día, y la demanda del propio hospital, cincuenta y una peticiones diarias, y el laboratorio del Reina Sofía se ocupará de atender la demanda urgente del área de salud de Tudela, que son noventa y cinco peticiones/día, y la del hospital, que supone setenta y seis peticiones al día. El reparto de la actividad lo pueden ver en el gráfico que les mostramos.

Para finalizar, señorías, hay tres ideas que me gustaría trasladarles. Centralizar los laboratorios de salud de Navarra no supone en absoluto privatizarlos tal y como han llegado a afirmar algunos colectivos; todo lo contrario, se mantienen la titularidad y la gestión directa con medios propios del Servicio Navarro de Salud. Nuestra pretensión es mejorar los servicios propios, sobre todo los asistenciales, y nuestra apuesta decidida por el sistema público de salud así lo corrobora. En segundo lugar, centralizar los laboratorios no va a suprimir ni disminuir las prestaciones que se ofrecen; al revés, como ya he dicho antes, unificar servicios y adquirir mayor masa crítica nos permitirá comprar mejor y obtener mayores niveles de eficiencia. Y por último, centralizar los laboratorios no significa, como ya hemos dicho hasta la saciedad, que los ciudadanos tengan que desplazarse hasta el lugar donde están ubicados esos laboratorios centralizados para las extracciones. Estas se realizarán, exactamente igual que ahora, en el lugar más cercano y cómodo para el ciudadano, y lo que se realizará en el laboratorio de forma centralizada serán las determinaciones. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias, señora Consejera. Pasamos al turno de intervención de portavoces. Señora De Simón.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Muchas gracias, señor Presidente. Gracias, señora Vera, por su exposición. Yo he sacado en claro que se va reducir el 50 por ciento de la actividad en los laboratorios de Tudela y Estella. Ya es algo.*

Me continúa sorprendiendo que no haya contado usted con los profesionales de Tudela y de Estella en este estudio, porque ha comenzado usted haciendo referencia a las informaciones que había dado uno de los trabajadores del hospital de Tudela aquí. Yo creo que si ustedes se hubieran puesto en contacto con este grupo, este equipo, seguramente hubieran podido aclarar estas diferencias de apreciación. Respecto a otras consideraciones que ha hecho, mencionando Valcarlos, por ejemplo, a lo mejor tiene usted razón, pero no sé si me parece pertinente comparar Valcarlos, con el número de habitantes que tiene, con el hospital de Tudela.

Por otro lado, hacía usted referencia a una pregunta que yo le había hecho en el pleno del 17 de diciembre y usted hacía referencia a la lógica y a la observación. Hacía también referencia al beneficio de las compras centralizadas; eso no lo discutimos porque sí que es verdad que quizás eso sea una cuestión de lógica. Es evidente que las compras centralizadas suponen un ahorro, no lo discutimos. Lo que sigo sin entender, yo creo que eso no tiene precedentes en este Parlamento, es que usted no nos haya respondido tal y como respondió ese día, cuando le solicitamos los informes técnicos y económicos que hubiere sobre el proceso de unificación de los laboratorios, el día 30 de noviembre, y usted nos contestara que todavía no había finalizado el trabajo encargado al equipo de valoración, etcétera. Seguimos sin entenderlo. Si nos hubiera contestado entonces, seguramente este debate hubiera ido por otro lado.

En todo caso, me surgen algunas preguntas después de oír su intervención. Ahora, la mayoría de las extracciones por prescripción de Atención Especializada en Tudela y en Estella se extraen en los centros de salud, ¿seguirá siendo así o los pacientes se remitirán a los hospitales? Dos, ¿cuál es el ahorro que corresponde de ese cálculo que usted ha hecho a Estella y cuál a Tudela por separado? Los laboratorios de Estella, usted además lo dijo, suponen el 7 por ciento del gasto en total y el 13 por ciento los de Tudela, en la actualidad. Si se reduce el 50 por ciento de la actividad en cada caso se trata de una reducción del 10 por ciento del gasto total. Si descontamos el ahorro de los reactivos, cuya compra centralizada se puede hacer en la situación actual, y si se optimizan los recursos existentes en estos hospitales haciendo más determinaciones, ¿de qué ahorro se trata?, cuando además usted acaba de argumentar que el funcionamiento hasta ahora es excelente. ¿Cree usted verdaderamente que compensa? ¿Compensa que algunas personas se puedan quedar sin trabajo y estas zonas vean reducida su actividad, y que ese hospital, que da vida a la ciudad, a la zona, y trabajo, y que esa actividad que genera se vean en peligro?

Usted ha hecho referencia al cluster *de laboratorios de Navarra. Ahí me viene la duda de esta externalización-privatización encubierta. Pregunta concreta: en este* cluster, *¿habrá participación privada en los procesos que se deriven de esta centralización y en los procesos propios de la actividad de los laboratorios? Yo siento decirle esto, pero, desde mi punto de vista,, es preciso validar este informe, desde luego, no lo asumimos como concluyente, para decidir centralizar los laboratorios en el caso de Tudela y Estella, a no ser que usted nos dé otras explicaciones.*

Desde luego, hay variables. ¿Qué variables han considerado? ¿Qué elementos se han considerado para calcular el gasto que usted nos propone? Incluso existen consecuencias colaterales y variables concomitantes que usted no ha tenido, desde mi punto de vista, en consideración: las laborales, los despidos, las recolocaciones; las estructurales; las económicas. Excepto la compra centralizada, yo no veo que se justifique de ninguna manera, desde un punto de vista numérico, el ahorro de esos seis millones de euros que usted propone. Incluso la rentabilidad de los recursos existentes en estos momentos, ¿se ha tenido en cuenta? Incluso lo que le decía antes, el desarrollo económico de estas zonas, por mencionar algunos otros. Y tam-

poco ha explicado usted cómo pretenden hacer esta centralización. Respecto a los aspectos positivos que usted ha expuesto de esta centralización, la verdad es que no tengo nada que decir porque debería estudiarlos para hacer una valoración, pero seguimos sin ver en la información que usted nos ha dado esta mañana que esté justificada esta centralización. Nada más. Muchas gracias.

¡Ah, perdón! Insisto. Ya sé que no le va a gustar mi comentario, pero yo sigo pensando que esto es un camino hacia más privatización, creo que este tipo de acciones no le hacen ningún bien al Servicio Navarro de Salud, porque no encuentro otra razón, ni siquiera de ahorro económico. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Fernández de Garaialde.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. Agradezco las explicaciones que nos ha dado la señora Consejera. Yo también voy a intentar, a ver si lo consigo, explicarme adecuadamente. Nada es blanco o negro. Usted nos ha explicado su punto de vista de lo que supone la centralización de los hospitales, pero yo voy a ir leyendo algo para que luego no nos achaque que tenemos pretensiones políticas o no decir la verdad y ese tipo de cosas. Existe un estudio, existirán más, pero yo tengo uno, de la problemática de los puntos periféricos de obtención y recogida de especímenes; y no lo hemos hecho nosotros ni nadie relacionado con nosotros, son expertos clínicos de laboratorio y además con revisores realizados desde el Hospital de Sagunto y Hospital Virgen de la Luz, de Cuenca. En ese estudio se dice que, en principio, esto de centralizar todos los laboratorios y dejar únicamente como puntos periféricos de recogida y obtención de especímenes, de las muestras, se justifica para facilitar o abaratar costes al concentrar todas las técnicas analíticas en un laboratorio centralizado. Sin embargo, al analizar detenidamente esta situación, estos puntos periféricos ocasionan extorsiones graves al paciente, al clínico que le atiende, al laboratorio centralizado, que tiene que validar el resultado, y a la dinámica de la atención médica ocasionando retrasos en el diagnóstico y en la toma de decisiones terapéuticas o correcciones de tratamiento.*

Dice respecto al paciente que el paciente debe volver al punto de extracción para la realización de una nueva extracción o toma de muestras cuando los resultados analíticos sean patológicos y por precaución no sean validados por el titulado especialista al sospechar que dichos resultados pueden ser debidos a las imperfecciones de la toma de la muestra o del transporte. Con respecto al clínico, los clínicos de Atención Primaria pierden el contacto con el laboratorio que debe informar prontamente de sus resultados y en su caso dialogar sobre el juicio clínico de los mismos. Con respecto al laboratorio centralizado, pueden encontrarse en la duda de validar o no resultados, ya que muchas cifras patológicas de algunas determinaciones pueden ser debidas a la propia extracción periférica y su transporte. Con respecto a la dinámica de la atención médica, sobre el posible ahorro económico que pudiera conseguirse por la concentración de técnicas, es neutralizado con creces por el número de repeticiones que el sistema exigirá para asegurar la fiabilidad de los resultados. Además, se puede correr el riesgo de tomar decisiones en función de un mal resultado con el consiguiente peligro.

Los laboratorios básicos proporcionan resultados rápidos y fiables, lo que lleva a una práctica médica dinámica, eficaz y eficiente, ya que en sí supone un ahorro económico. Como es lógico, los laboratorios básicos enviarán las determinaciones de los parámetros que por ser menos frecuentes requieren tecnología complicada o aparataje de alto coste a los laboratorios centrales. Como consecuencia de todo lo anteriormente expuesto, la apertura de un punto de extracción debería ser la última opción que se elija después de valorar todas las alternativas razonables. En Europa, la legislación ni siquiera permite tener estos laboratorios que únicamente son para extracción de muestras.

Como conclusiones, dice que la apertura de estos puntos de extracción debería ser la última opción después de valorar todas las alternativas razonables, ya que rompe la necesaria relación entre el especialista, el paciente y el clínico, aumenta la incertidumbre preanalítica y disminuye globalmente la calidad. No se deben eliminar laboratorios por muy modestos que sean si están funcionalmente activos. Un laboratorio es un equipo humano organizado profesional y tecnológicamente que maneja un medio físico e instrumental y representa un recurso importante; en cualquier momento puede crecer o adaptarse a las nuevas necesidades.

No me voy a extender mucho más, pero lo que quiero trasladar con esto es que nada es blanco o negro. Ustedes nos dijeron que tenían una idea; primero nos dijeron qué era lo que iban a hacer, luego han hecho el cómo. Y desde aquí, lo que este grupo quiere trasladar es que no estamos en contra de centralizar las compras, no estamos en contra de centralizar la parte de lo que puedan ser todos los laboratorios que están aquí, en Pamplona, pero ¿por qué no se estudia hacer las compras unificadas, como lo ha explicado usted, centralizar todos los laboratorios en Navarra, las ubicaciones tendrían otro debate, y dejar los laboratorios de Tudela y el de Estella, tal y como recomiendan y avalan otros estudios? Y entonces nos explica los beneficios y los gastos de esa nueva opción, porque estudios, insisto, tenemos para todo. Quiero

entender que se va a mantener una gestión directa, usted lo ha dicho aquí y de eso no tengo ninguna duda, le creo. Lo que quiero saber es el coste que va a suponer, me da igual que en estos momentos esté en el Centro de Investigación Biomédica porque la ubicación será otro debate, pero eso va a tener un coste, más cuando ustedes hablan de nuevas tecnologías. ¿Qué coste va a tener y de qué partida presupuestaria va a salir ese dinero este año?, porque tampoco sabemos eso. Insisto, estudios existen para todo. Otra fórmula existe para hacer el estudio y todavía están a tiempo de poder hacer ese análisis que desde aquí, por lo menos desde nuestro grupo, creemos que lo deberían tener en consideración. Espero, y es que ya tenemos con las cocinas y con los laboratorios, que no estemos aquí tres meses dando vueltas con la información de la prensa, sin enterarnos los Parlamentarios y Parlamentarias. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. ¿Portavoces que quieren intervenir? Señor Pérez Prados, por UPN.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Gracias también a la señora Consejera por la información que nos ha trasladado en relación con el tema que hoy nos ocupa, que no es otro que la unificación de los seis laboratorios existentes ahora distribuidos por la geografía navarra: Estella, Tudela y Pamplona –en Pamplona hay cuatro– y la creación del Laboratorio Unificado de Navarra con este objetivo que ha sido resaltado ya en varias ocasiones de mejorar la eficiencia garantizando al mismo tiempo la prestación del servicio con criterios de homogeneidad y optimización de recursos. Es una medida que ya está implantada en otras comunidades autónomas y en distintos países de Europa.*

Desde nuestro punto de vista, son cinco los aspectos que habría que tener en cuenta a la hora de tomar esta decisión y que, también en nuestra opinión, se han tenido en cuenta. El primero de ellos hace referencia al posible ahorro económico, que no se sabrá hasta que se pueda hacer una comparativa, si el laboratorio se crea, cuando se cree y haya pasado un determinado tiempo para ver exactamente el ahorro generado y se pueda comparar la situación actual con el nuevo laboratorio unificado. Este es un aspecto importante, ya que, por los datos que se nos han dado, parece que el ahorro sería de entre el 20 y el 30 por ciento, lo que nos llevaría a una cantidad de entre seis y ocho millones de euros anuales. El segundo aspecto que hay que tener en cuenta es la calidad de la muestra y de los análisis, con un acceso a más prestaciones analíticas y reducción del margen de error al robotizar las pruebas analíticas, con lo cual estaríamos también mejorando los resultados no solo de los pacientes del ámbito y la cuenca de Pamplona sino también de los de la zona de Estella y Tudela. En tercer lugar, el tiempo de emisión de resultados, ¿Se va a alargar?, ¿va a ser el mismo?, ¿se va a acortar? Parece, en principio, que en ningún momento se alargaría el tiempo de obtención de esos resultados hacia el médico que ha solicitado los análisis. Otro aspecto, el cuarto, sería el relativo al paciente-usuario, que no debe experimentar y de hecho no experimenta cambio alguno, y sí mejora la calidad asistencial, puesto que se mantienen los puntos de extracción y el médico recibirá el resultado en igual o menor tiempo, parece ser, a través del ordenador. Y el último punto que se debe tener en cuenta es el de los trabajadores existentes y la posible pérdida de puestos de trabajo. En total, hay en estos momentos unos trescientos cuatro trabajadores en los laboratorios, de los cuales veintinueve corresponden a Tudela y veinte a Estella. Me da la sensación de que no va a haber..., y eso pedimos que el Departamento de Salud haga todo lo que esté en sus manos para que no se pierda, si es posible, ningún puesto de trabajo; de hecho, de los veintinueve de Tudela, veintiocho son fijos y solamente hay uno que es eventual. Quizás repercuta más, como se nos ha comentado por parte de la Consejera, en cuanto a la disminución de las sustituciones que pueda haber.

En relación con estos dos últimos aspectos, hemos visto una serie de manipulaciones que quiero resaltar para decir que no todo debe valer en cuanto a conseguir un objetivo o intentar impedir que algo que en teoría parece que es positivo se lleve a cabo porque a alguien le afecte o piense que le pueda afectar de una manera particular. Me ha alegrado escuchar la referencia inicial a las afirmaciones que se hicieron aquí en esta Comisión la semana pasada pintándonos ese panorama tan negro de la centralización, más que negro apocalíptico, pero también parece que un poco exagerado y bastante irreal, porque yo mismo afirmé que si eso fuese cierto habría que replantearse esta medida o este objetivo; si fuese cierto, y ya entonces puse un ejemplo porque me parecía que en ese caso concreto estaba exagerando. Se sigue hoy afirmando en algunas declaraciones que han salido en medios de comunicación… El gerente responsable del Hospital Reina Sofía de Tudela afirmaba que nueve de los trabajadores de esos veintinueve perderían su puesto de trabajo o serían trasladados a Pamplona. Eso no se dijo ni está publicado. Literalmente, lo que se dijo, y así está publicado, es que esta decisión hará que el número de trabajadores que tenga que ir a Pamplona no será superior a nueve personas. No es que vayan nueve, es que irán nueve, según está declaración, u ocho o siete o seis o cinco o cuatro o tres o dos o uno o cero, pero no nueve. Con estas pequeñas manipulaciones, se agarra cada uno a donde puede.

Decíamos también que el paciente no sufre cambio en cuanto al punto de extracción. En principio, irá para la extracción al mismo punto al que iba y recibirá el análisis y comentario de los resultados y la explicación de los mismos en el mismo punto en el que los recibía. Pero aquí tenemos otro escrito, que además ha calado esta idea, otra manipulación, que dice: no les parece poco que tengamos que ir a Pamplona en numerosas ocasiones para resolver problemas de salud, educación, hacienda, pagando de nuestro bolsillo el desplazamiento, para que ahora también tengamos que trasladarnos para hacernos alguna de las analíticas que antes se podían hacer en Tudela. Y esto no lo dice cualquiera, lo dice un tal José Mari Blanzaco, que fue candidato de Na-Bai al Ayuntamiento de Tudela en el año 2011. Eso cala en la gente, porque el paciente lo escucha y se lo cree; no dejan de ser manipulaciones pero se las creen. Y en los distintos colegios va calando y dicen: No a la centralización de los laboratorios; Mola que la gente de la Ribera apoye la no centralización de los laboratorios del Hospital Reina Sofía, de Tudela, porque si los centralizamos las personas de la Ribera nos tendremos que desplazar hasta Pamplona para hacernos cualquier prueba. Esto lo dicen en el colegio público de Cortes algunos de sus estudiantes. Podríamos poner más ejemplos: No mola que quieran quitar el laboratorio de Tudela y tengamos que ir los de la Ribera a Pamplona para todo. Manipulación tras manipulación. Me parece bien que se defiendan con criterios objetivos los criterios y opciones que cada uno tenga, pero evitando ese tipo de manipulaciones.

En conclusión, si estos cinco aspectos que resaltábamos se están teniendo en cuenta y se llevan a la práctica, estamos de acuerdo y apoyando esta creación del Laboratorio Unificado de Navarra porque creemos que no se va a perjudicar a nadie en principio, salvo las relaciones y el puesto de trabajo, y ahí pedimos un especial cuidado desde el departamento para hacer lo posible para que se puedan mantener los actuales puestos de trabajo, sobre todo los de Tudela, que son los que más preocupación han mostrado, de Pamplona no se ha oído mucho y de Estella tampoco, pero sí de Tudela, de los veintinueve que están trabajando allí. Y esperemos que, efectivamente, sea para mejorar la calidad de la sanidad navarra. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Ochoa, por el Partido Socialista.*

SRA. OCHOA CANELA: *Buenos días. Gracias, Presidente. Buenos días, señora Consejera; nos hará llegar toda la información que nos ha facilitado porque es muy difícil ir tomando notas.*

Voy a decir unas cuantas cosas. Lo primero, no entiendo que no se hayan centralizado antes las compras; no entiendo que pueda haber laboratorios y que no hagan compras centralizadas cuando supone un gran ahorro pero no en este tipo, me figuro que tendrían que ser compras centralizadas para todo el material sanitario, sea el que sea, desde las sábanas a los bisturís, a los reactivos... Al final, lo que tenemos que reconocer es que el gran problema que tiene Navarra es que estamos muy dispersos y no somos ni setecientos mil habitantes; no somos ni un barrio de una gran ciudad.

También me gustaría saber cómo va a quedar el personal. No creo que lo más importante sea que te tengas que desplazar; actualmente, lo más importante es tener un puesto de trabajo. Creo que son muchas las personas que se desplazan al cabo del día para llegar a su puesto de trabajo, aunque lo hayan tenido en Tudela, en Cintruénigo o en el sitio más insospechado.

He creído entender, y también me gustaría que hiciera hincapié, que las prestaciones que se están dando en Tudela y en Estella van a ser prácticamente las mismas, simplemente van a venir aquí las de Atención Primaria, algunas muestras mucho más difíciles de analizar que ya venían; y con eso y con la robotización lo que se va a conseguir es que salgan los precios mucho más económicos, que sean las analíticas mucho más fiables, porque al final pienso que los seres humanos somos los que más errores cometemos, y el usuario prácticamente no lo va a notar. Quizás porque nosotros no somos, ya lo dije el otro día en mi intervención, tan afortunados de tener un hospital de referencia, nuestra referencia siempre es Pamplona para todo, para lo bueno y para lo malo. Yo creo que tiempo al tiempo.

Y la última pregunta, que es la pregunta del millón, es si todo ese ahorro que se va a generar –también le he creído entender eso pero me gustaría que lo volviera a repetir– va a ser para mejorar los servicios, prestaciones e investigación del servicio de salud o solamente va a ser para que consigamos el 1,1 por ciento del déficit. Porque creo que esto también es muy importante, que si mejoramos en calidad y en prestación de servicios, también redunde precisamente en algo tan importante como es la salud y que tanto valoramos para todos los ciudadanos. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Ruiz Jaso, por Bildu.*

SRA. RUIZ JASO (1): *Egun on guztioi. Mila esker, Presidente jauna. Eskerrik asko, Kontseilari andrea, eman diguzun azalpen luze eta zehatzarengatik.*

(1) Traducción en pág. 33.

Esan duzun bezala, aurreko astean hemen izan genituen langileak, hain zuzen Tuterako laborategiko langileak, eta harritu nau nola kendu diozun balioa beraiek hemen azaldutakoari. Nik uste dut azalpen esanguratsuak eman zituztela. Hemen baten batek interpretatzen du manipulazioa izan zela, politikoa izan zela, baina hemen datuak segun eta nork ematen dituen eta segun zer interesekin ematen dituen… Hemen ere hitz egin dugu datuen manipulazioaz, eta ez preseski langileen aldetik, baizik eta Osasun Departamentuaren aldetik, eta hori ez diogu guk, baizik eta Comptos Ganberak.

Hasteko, nik uste dut laborategien bateratze hau kontestu batean sortzen dela. Arlo publikoan, eta osasun arloan ere –eta hemen osasun arloaz ari gara–, egiten ari diren murrizketa horietan kokatu behar dugu. Orduan, eraginkortasunaren aitzakian… Ez dut "aitzakia" hitza igual erabiliko. Eraginkortasunaren mesedetan hartzen diren neurrien artean hauxe dugu.

Guk ez dugu uste halako neurriek –pribatizaziorako joera ere hor dago, eta gero hitz egingo dugu sukaldeez– osasungintza publikoaren aldeko apustua egiten dutenik, eta egia da alde honetatik, erosketen bateratzean –eta gero hitz egingo dugu horretaz–, badagoela nondik aurreztu eta badagoela nondik egin askoz ere eraginkorrago kontua, honek ekar ditzakeen arrisku horietan sartu gabe. Baina, edozein modutan, guri iruditzen zaigu hemen gailentzen den irizpidea ekonomizista dela, eta ez dela inolaz ere kalitatearen aldekoa.

Guk lau kezka nagusi ditugu. Batetik, neurri hau hartzeko erabili den prozedura. Zuek esan duzue lantalde bat izan duzuela honetan lanean, zerbitzuburuekin aritu zaretela edo zerbitzuburuak direla lan hau egin dutenak; baina hemen langileak izan genituenean, eta guk ere sindikatuen aldetik jaso dugun informazioa da bertako langileekin ez dela ezertarako kontatu, beraien parte-hartzea hutsaren hurrengoa izan dela, ez dela kontrastatu, ez langileen batzordearekin eta ez mahai sektorialarekin. Hau ere ez da berria, eta ez dator bat zuek planteatzen duzuen talante horrekin edo planteatzen duzuen kontsentsu eta elkarrizketarako joera horrekin. Sukaldearen aferarekin gauza bera salatzen dute langileek: ez dela beraiekin hitz egin, ez dela beraiekin kontrastatu. Eta hori, prozedura gisa, larria iruditzen zaigu.

Bigarren kezka izango litzateke langileengan izango duen eragina. Hemen, zuei entzunda, ematen du langileentzat ere abantailak besterik ez dela izango. Barkatu, baina nik ez dut sinesten. Zer abantaila izango dute langileek honekin? Lan eskaintza publikoan jada 12 plaza bertan behera gelditu ziren; hori, hasteko. Jarduna ehuneko 50 jaitsiko bada bi ospitaleetan, pertsonal berberarekin, langile kopuru berberarekin funtzionatuko da, jarduna ehuneko 50 jaitsita? Nork sinesten du hori? Ematen du tontotzat hartzen gaituzuela, edo tontotzat hartzen dituzuela langileak. Langileak kezkatuta daude, eta logikoa da. Egiten zen lanaren erdia egingo bada, pentsatuko dute, logikoki, langileen erdiarekin gutxienez nahikoa izango dela. Edo ez? Langile guztiak. Ba ikusiko dugu, zeren aukera izango baitugu gero hau ikusteko.

Lekualdatzeak. Hemen atera da. Niri nahiko friboloa iruditzen zait baita ere esatea ia-ia eskerrak eman beharko direla, afera bakarra edo langileei suposatuko liekeen kalte bakarra lekualdatzea balitz. Eskerrak eman beharko dute lanpostua mantentzen baldin bada. Mesedez, izan gaitezen serioagoak.

Beste kezka bat asistentziaren kalitatea izango litzateke. Honetan ere prestazio gehiago emango dira, prestazio hobea, kalitatearen hobekuntza… Dena abantailak. Bueno, ikusteko dago. Fernández de Garaialde andereak aipatu duen txostena ez da…

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Guarden silencio, por favor.*

SRA. RUIZ JASO: *Sí, es que me distraen un poco. Gracias. Fernández de Garaialde andereak aipatu duen txostena ez da berria. De facto, Europan herrialde aurreratuenak ari dira laborategien unifikazioak saihesten. De facto, 50-60 kilometrotik gorako distantzietan ez dago. Espainiar Estatuan, adibidez, aipatu duzu Madrilen kasua, egiten duten aurrezpen horrekin; baina Madrilen bertan ere ez dago 60 kilometroko distantziarik zentralizatuta dagoen laborategitik. Beraz, hori ere aztertzekoa da.*

Kalitatean ez duela eraginik izango. Langileek hemen kezka batzuk planteatu zizkiguten. Zuk esan duzu beraien lanaren ezagupen gutxi adierazi zutela. Baina bermatzen duzue benetan emaitzak ez direla atzeratuko? Bermatzen duzue laginen fidagarritasuna ez dela gutxituko? Hemen beraiek eman ziguten datu bat izan zen lagin horien azterketan suertatzen diren akatsen ehuneko 80 lagin horien beraien manipulazioaren erruz sortzen direla. Robotizazioak, diozun bezala, fidagarritasun hori areagotu dezake, baina tartean manipulazio hori ere badago, eta bidaia egitearena; eta akatsen ehuneko 80 fase horretan gertatzen da. Bermatzen duzue fidagarritasun hori oraindik ere hobea izango dela eta ez duela diagnostikoetan eraginik izango? Gai zarete hori momentu honetan bermatzeko, edo itxoin beharko dugu ea zer gertatzen den eta bertako profesionalek horren jarraipena, eta zuek ere horren jarraipena egiteko, gero ondorioak ateratzeko? Ez dakit, behintzat zalantzak planteatzen ditu.

Eta gero beste kezka bat planifikazio falta da. Hemen aurreko egunean ere atera zen beste kontu

bat. Tuterako ospitalea, adibidez, orain dela bi urte berritu zen, bertan egin zen inbertsioa milioi erditik gorakoa izan zen, eta orain ehuneko 50 murriztuko da bere jarduna. Beraz, ez dirudi politika honek planifikazio zehatz horri jarraitzen dionik.

Eta beste kezka bat. Nafarroan erreferentziazko ospitaleak nahi baldin baditugu, eta Tuterakoak ehun mila pertsona artatzen ditu, erreferentziazko ospitaleetan normalean prestazioak areagotzera joan beharko genuke, eta ez prestazioak murriztera. Hori ere nahiko adierazgarria iruditzen zaigu.

Eta azken kontu batekin bukatuko dut. Ematen duzuen balizko aurrezpenak, 6-8 milioi ingurukoa, betiere zuek egiten duzuen kostuen kalkuluan, zalantza sortzen digu. Adibidez, per capita kostuan zuek ematen duzuen datua da 46,6 kostatzen zaiola nafar bakoitzari laborategiko zerbitzua, eta Madrilen, 17 euro. Madrilen, ez dakit, ez dago langilerik, ez dago erreaktiborik. Desberdintasun hori oso adierazgarria da. Hasteko, ez zait iruditzen, eta segur aski ez da hala izango, kostuen kalkulua modu berean egiten denik. Nik behintzat ezin dut ulertu. Eta kostuen kalkuluan badakigu zer prozesutan gauden; baina, beraz, ez igual langileek ematen dituzten datuak, baina ezta zuenak ere. Guk zalantzan jarri ditugu eta –berriro diot– ez gara bakarrak zalantzan jartzen ditugunak.

Edozein modutan, atentzioa deitzen didana da ematen duzun kopuru horretatik, per capita kopuru horretatik, gutxi gorabehera erdia langileei dagokiela, pertsonal gastuak dira, eta beste erdia erreaktiboen kostua dela. Erosketak bateratuz –eta hemen PSNko bozeramailearekin ados egon behar dut– aurrezpen nagusia edo hortik 6-8 milioi aurreztuko badira, zenbat dagokio erosketen bateratzeari? Hori ere aurrezpenerako neurri egoki bat izan daiteke. Esaten duzue langilerian ez duela eraginik izango, hau da, ez direla lanpostuak murriztuko. Beraz, langileriari dagokion atala, hau da, ehuneko 50 hori, diru hori ez da murrizten? Langilerian eraginik ez baldin badauka, ez da murrizten. Orduan, murrizketa nondik dator? Erosketa zentralizatzetik bakarrik? Beraz, zertarako behar da unifikazioa? Hori bai gustatuko litzaidake azaltzea. Lanposturik ez baldin bada desagertuko, 46tik 23 euro-edo pertsonal gastuak baldin baziren, horiek bere horretan mantenduko dira. Beraz, 11 euroko beherapen hori zeri dagokio, erosketaren unifikazioari bakarrik? Erosketaren unifikazioa egin daiteke laborategiak bateratu gabe ere, ezta? Hori pixka bat argitzea nahi dut, ez baitzait garbi gelditu.

Zalantzekin jarraitzen dugu. Besterik ez. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señor Martín, por el Partido Popular.*

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, señorías; buenos días, Consejera, y buenos días a las personas que le acompañan. Quiero agradecerle las explicaciones que nos ha dado en cuanto a la centralización de los laboratorios y la información porque ya por lo menos se ve un poquito de luz en el proceso del cambio de gestión de los laboratorios, que, a nuestro juicio, se anunció quizá prematuramente, con lo cual se creó un cierto grado de incertidumbre e inseguridad en los trabajadores, que en el legítimo derecho de la defensa de sus puestos de trabajo han venido haciendo manifestaciones y movilizaciones que han dado titulares que han creado una cierta alarma social y que, desde nuestro punto de vista y desde el mío personal, no han sido todo lo ciertos que deberían haber sido. Nos alegramos, por lo tanto, de que haya definido este proceso que tantas dudas ha planteado en estos meses en los colectivos profesionales, sindicales y también en el colectivo político.*

Quiero destacar algunas de las cuestiones que aquí se han planteado. En primer lugar, que las muestras que se van a centralizar van a ser fundamentalmente las procedentes de Atención Primaria, que en Tudela y en Estella representan aproximadamente un 50 por ciento. Esto es importante porque se van a mantener los actuales laboratorios de Tudela y Estella y se va a mantener la cartera de servicios que actualmente tienen estos laboratorios, que afecta a urgencias y a hospitalización, y a servicios tan específicos y que requieren una premura en los resultados como pueden ser oncología y hemodiálisis. Es importante que los resultados de estas determinaciones que se realizan en los tres laboratorios que va a haber en la red pública de Navarra vayan a la misma base de datos y que estos resultados se puedan consultar desde cualquier puesto de trabajo, tanto desde Atención Primaria como desde asistencia especializada. Está claro que la centralización de compras o, como se ha comentado aquí, la unificación del proceso contractual en cuanto a la adquisición de reactivos, equipos, mantenimiento, material de extracción, sistemas informáticos, etcétera, abarata costes; de eso no hay ninguna duda. Y es importante el ahorro que estiman de entre un 20 y un 30 por ciento, que, traducido a euros, es de unos seis u ocho millones de euros al año. Nosotros reconocemos que nadie tira piedras sobre su propio tejado y confiamos en que las decisiones que está adoptando el departamento en cuanto al cambio de gestión de los laboratorios van a estar presididas por la evidencia de que no va a empeorar en ningún momento la calidad de los resultados analíticos, que, por otra parte, son básicos y fundamentales para establecer el correcto diagnóstico en la mayoría de los casos de patología del ciudadano. Esto está avalado por el grupo de expertos

que han estudiado el tema. Y dentro de este grupo de expertos también están representados los trabajadores de Tudela y de Estella con los jefes de servicio de ambos laboratorios.

El modelo que presentan ustedes aquí es el de una centralización con gestión directa, por lo tanto, no se puede hablar de aquí en adelante ni de externalización ni de privatización del servicio. Y hablan también de que puede requerirse algún tipo de ajuste de plantilla en los laboratorios de Tudela y de Estella por disminución de la actividad y de que se van a dar facilidades para los traslados internos pero en ningún momento se va a obligar a trasladarse a Pamplona. Esto de los traslados internos yo lo veo, sinceramente, un poco difícil dada la especificidad que tienen los técnicos de laboratorio si no tienen ninguna otra titulación; si son auxiliares de clínica sí se les puede reubicar dentro de un hospital, pero siendo técnicos de laboratorio eso lo veo un poco complicado.

Hay que reconocer que la sanidad pública necesita reformas, eso es indudable, y que necesita cambios de modelos en la gestión en los que se primen los criterios de eficiencia y sostenibilidad. Y a nuestro juicio, el proyecto que hoy ustedes plantean aquí, si se desarrolla tal y como lo han planteado en el sentido de que se va a ahorrar en coste por habitante, en el sentido de que se va a mantener la actividad en Tudela y en Estella, se van a mantener las carteras de servicios y los puntos de extracción, no se va a realizar ningún desplazamiento de ciudadanos que ahora no se tengan que realizar, que se va a mantener el tiempo de respuesta y hasta se puede mejorar, y que se pueda mantener e incluso mejorar la calidad de los resultados, si todo esto se hace así, nosotros vamos a apoyar este proyecto y pueden contar con nuestra colaboración.

Y para terminar, le diré que los laboratorios reciben diariamente cientos, algunos miles de peticiones y que se procesan día a día; y podemos tener la certeza de que tiene que funcionar bien a la fuerza porque, si no, se va a ver enseguida. Tiene que haber un buen servicio porque diariamente cientos de profesionales sanitarios van a estar evaluando la calidad de estos resultados. Por lo tanto, cualquier alteración o cualquier mal funcionamiento que tanto de los laboratorios como de cualquier servicio central de un centro sanitario se produce enseguida sale a la luz, y en la implantación de nuevos servicios o en la reestructuración de servicios siempre va a surgir algún problema, pero, desde luego, tenemos que tener la seguridad de que esos problemas van a salir a la luz y tendrán que corregirse a la mayor premura. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Son muchas las cuestiones. Voy a comenzar por el planteamiento prematuro que me exponía el señor Martín. Yo creo que en esta cuestión nos ha pasado o nos puede pasar como en otras. En este caso, teníamos una percepción, por lo que les he comentado anteriormente, de que llevados por la lógica, quizás se estén gestionando los laboratorios con distintos procedimientos, con distintos proveedores, en lotes pequeños, con distintos protocolos, con distintos sistemas de calidad, que no era muy lógico. Se hizo un primer análisis provisional y aquel primer análisis que a mí me facilitaron desde el Servicio Navarro de Salud daba una cifra que podía permitir el ahorro de aproximadamente esos siete millones de euros. Esos siete millones de euros nos parecieron una cifra lo suficientemente importante como para hacer un análisis con detalle de cuál era la situación actual, de hacia dónde podíamos ir, de valorar las distintas opciones y llegar al detalle que hoy les he expuesto aquí. Quizás el tener que plantear cuáles iban a ser en nuestro caso las medidas de ajuste a finales de septiembre o de dónde podíamos ahorrar en el Servicio Navarro de Salud nos llevó a dar aquella cantidad y coincidió que ha podido ser negativo. Nosotros mismos estamos sufriendo las consecuencias de todo lo que es este proceso, pero, en cualquier caso, este y el proyecto que vamos a acometer hoy en segundo lugar son proyectos muy complejos y la toma de las decisiones finales exige analizarlas con detalle. Y ese análisis conlleva un trabajo de profesionales que como en este caso, y aunque se diga que no se ha escuchado a los profesionales y que no han participado suficientemente, a mí me parece mucho decir eso cuando ha habido un grupo de trabajo de doce profesionales del Servicio Navarro de Salud en el que han estado presentes todos los laboratorios de Navarra, echar por tierra el trabajo de ese grupo de trabajo. Obviamente, todos, los trescientos dos trabajadores que están trabajando en los laboratorios, no han participado en ese grupo de trabajo, pero entiendo que las cuestiones que quieran hacer llegar las podían hacer llegar a través de las personas que han estado trabajando y que han llegado a las determinaciones que hoy aquí les cuento.*

Por otro lado, igual he entendido mal, no sé si me ha parecido entenderle a la señora Fernández de Garaialde una cierta falta de respeto por nuestra parte por no haber planteado en el Parlamento la información y que haya aparecido en los medios. Lo lamento si esa es su percepción. Le puedo decir que hoy son ustedes los primeros que conocen con detalle la información que les estamos dando y cuáles son las conclusiones de ese grupo de trabajo. Lo que ha aparecido en medios quizás responda a esos cálculos que se pudieron

hacer inicialmente, pero, en cualquier caso, no al detalle, a la profusión y al contenido del proyecto que hoy les hemos venido a traer. Creo que mi equipo y yo misma, en el tiempo que llevamos al frente del departamento y como no puede ser de otra manera, hemos respondido adecuadamente a las cuestiones que nos han planteado ustedes y así seguirá siendo.

Respecto a la privatización o no privatización, me gustaría que quedara claro después de lo que hemos hablado hoy que no estamos hablando de camino hacia la privatización. Hemos dicho que así como Madrid ha optado por un modelo externalizado y ha llegado a esos diecisiete euros, nosotros no vamos a esa opción, que estamos hablando de un modelo que lo vamos a operar con nuestros propios medios; no estamos hablando de ese. No sé, si quieren seguir diciéndolo, sigan diciéndolo. Yo vengo aquí a contar lo que ustedes me piden, yo lo cuento y luego, si no se lo quieren creer, no se lo crean. Al final, el tiempo nos pondrá a cada uno en nuestro sitio. La realidad es esa y nosotros no hemos optado por esa decisión. ¿Podríamos haber optado? Sí, pero no hemos optado por esa decisión sino por otro modelo distinto.

Respecto a la tardanza durante estos meses, hemos esperado a tener las conclusiones del grupo de trabajo, que en estos meses se ha reunido seis o siete veces, y ellos han sido los que han determinado todo lo que yo he contado. Yo no me lo he inventado, es lo que nos han trasladado ellos, por eso no les he podido responder cuando nos pidieron esta información en octubre o en noviembre. Hasta que no estuviera el trabajo hecho no podía contarlo. ¿Deberíamos ser más rápidos? Estamos hablando de cuestiones muy complicadas y creo que sería bastante frívolo venir aquí a contar las cosas a medias o a decir que tenemos las decisiones tomadas de cómo van a ser las cosas sin tenerlas lo suficientemente contrastadas. Yo creo que primero hay que hacer ese trabajo de contraste y cuando están las decisiones tomadas, venimos y las contamos. Así ha sido el proceso.

En cuanto al estudio al que usted hacía referencia, señora Fernández de Garaialde, obviamente, existen distintos estudios. Yo creo que en algunas cosas no estamos hablando de lo mismo. Estella y Tudela no son puntos de extracción. Se mantienen los mismos puntos de extracción que existen ahora mismo y el laboratorio de Estella y el laboratorio de Tudela van a seguir haciendo gran parte de las determinaciones; lo que se va a trasladar a Pamplona es lo robotizable. ¿Y por qué optamos por centralizar lo robotizable en Pamplona? Porque para que esos robots puedan tener mayor capacidad o puedan ser mejores y hacer las determinaciones de forma más rápida y podamos tener mejor maquinaria, mejores robots, hace falta una masa crítica. Y la masa crítica la da el que no se atienda solamente a esas pruebas robotizables del área de Pamplona, sino a las de Pamplona, las de la zona de la Ribera y las de la zona de Estella. Eso es así. El hospital de Estella y el de Tudela no son solo puntos de extracción; al revés, son puntos para determinación, no para la extracción. Los puntos de extracción seguirán siendo exactamente los mismos que hay ahora en el área de Tudela, que creo que son veintidós, si no me falla la memoria, y en Estella los mismos que hay ahora mismo.

Lo que estamos hablando de trasladar, por otro lado, no es un porcentaje del gasto. Yo le he hablado, señora Ruiz, del 7 por ciento de la actividad de las determinaciones y del 13 por ciento de la actividad en Estella y en Tudela, que se van a quedar en el 3 y en el 6. Pero, como le he dicho también en la comparecencia, las pruebas que se hacen en Estella y en Tudela son las de un precio menor y las que se trasladan a Pamplona de Estella y de Tudela en estos momentos suelen ser pruebas que tienen un coste mayor porque son de mayor complejidad. Luego no es equiparable el 7 por ciento de la actividad con el 7 por ciento del coste total de la actividad de los laboratorios. (Murmullos) Sí me lo ha dicho.

Respecto a cómo vamos a acometer el equipamiento del CIB, el equipamiento interior y las obras mínimas que haya que hacer, aunque lo que necesitan los laboratorios son espacios diáfanos, la mayor parte y el equipamiento correrán a cargo de la empresa concesionaria, no correrán a cargo del Servicio Navarro de Salud. El sistema que ellos utilizan es que luego en el precio que ponen a los reactivos repercuten una parte del coste de toda esa maquinaria.

Cuando estamos hablando de distancias inferiores a cincuenta kilómetros, yo creo que no es ese el término que se suele utilizar para determinar si es posible o no centralizar las determinaciones, sino más bien las isocronas de desplazamiento. Es decir, podemos estar a treinta kilómetros en Madrid y por los problemas de tráfico igual nos cuesta mucho más que ir de aquí a Alsasua o de aquí a Peralta. Los cálculos se hacen en función de las isocronas. Ese grupo de trabajo que ha llegado hasta aquí tiene que determinar todavía toda la parte de logística, cuáles son las rutas que se van a realizar en función de los puntos de extracción que hay en la zona de la Ribera, y entiendo que lo harán con base en esas isocronas y con la mayor de las garantías en cuanto a los análisis. También me gustaría decir que si por cualquier circunstancia que se puede producir, imaginémonos que cae una nevada y, por lo tanto, es complicado que las muestras puedan llegar aquí en el tiempo, en esos casos excepcionales, siempre se

puede centrifugar las muestras en el hospital de Tudela o en el hospital de Estella. En cualquier caso, ahora mismo, si pasan esas cosas de forma excepcional con algún pueblo de la zona norte de Navarra, que pueden producirse, son muy excepcionales y ahora mismo también se podrían dar.

Vamos al capítulo de personal o de la plantilla. El modelo que estamos planteando es un modelo de gestión directa mediante la plantilla del personal propio del Servicio Navarro de Salud tal y como está ahora. Actualmente, la mayor parte de los trabajadores, de esos trescientos dos trabajadores, son personal fijo del Servicio Navarro de Salud y como tal no van a tener ningún problema en sus puestos de trabajo. Así lo puedo afirmar porque eso es así. No sé si conseguiríamos más ahorro o menos ahorro sin ese personal, pero, desde luego, el personal es personal fijo y lo va a seguir siendo. Es cierto que en estos momentos no podemos dimensionar la plantilla final con exactitud y por eso ese dato no lo puedo traer hoy aquí, porque depende del modelo de robotización final que resulte del proceso del concurso. Se nos van a plantear distintas opciones y con base en eso decidiremos cuál es la adjudicación, con base en las distintas cuestiones que nos planteen. Por ponerles un ejemplo, incorporar una tolva de carga en la cadena robotizada puede reducir la necesidad de algunos perfiles profesionales determinados, pero el personal fijo del Servicio Navarro de Salud es personal fijo del Servicio Navarro de Salud. Hasta ahora, las personas que mayor preocupación han mostrado han sido los trabajadores de Tudela y de Estella, y en estos laboratorios la actividad va a disminuir claramente, antes estábamos hablando de en torno al 50 por ciento, porque el número de analíticas se va a reducir, y habrá que ajustar la plantilla del laboratorio pero realizando movimientos dentro del propio hospital en la medida en que se pueda en los perfiles profesionales en los que se pueda. Hay algunos cuya movilidad es más complicada por ser técnicos del área de laboratorios, pero no en otros casos. Esos ajustes a los que me estoy refiriendo se harán en traslados internos dentro del propio hospital y no nos planteamos ningún traslado forzoso de los trabajadores fijos al laboratorio de Pamplona. En cualquier caso, tenemos que esperar a que se resuelva el concurso y se defina cuál va a ser la cadena de robotización. Hasta entonces, la dimensión de la plantilla final en el caso del laboratorio en Pamplona creo que no se puede precisar, pero, desde luego, sí en el caso de Tudela y Estella, y ayer les comunicaron a sus trabajadores tanto el director del hospital de Tudela como la directora del de Estella que las plantillas iban a permanecer estables.

También se nos preguntaba qué vamos a hacer con lo que ahorramos, si lo vamos a invertir en sanidad o no. Yo creo que estos procesos de centralización nos llevan a que además de mejorar la asistencia se produzcan ahorros como los que hemos manifestado y eso es lo que nos permite continuar invirtiendo en nuestros hospitales de Estella y de Tudela. Ahora mismo hay una obra de siete quirófanos en el hospital de Tudela que implica renovar los que ahora mismo se están utilizando y añadir dos quirófanos más. Y, señorías, que podamos ahorrar en algunas cosas nos permite poder continuar invirtiendo en mejoras en la asistencia, en mejoras en las prestaciones. También se manifestaba que podemos estar reduciendo la actividad económica en determinadas zonas; pero la continuamos o la estamos aumentando en otras. Obras como esa, el trabajo asistencial que va a implicar la puesta en marcha de esos quirófanos o el que se vayan a doblar las plazas, por ejemplo, de salud mental en el hospital de Tudela este año, va a implicar más personal y mayor dotación. Las cosas cambian y yo creo que tenemos la obligación de tomar decisiones y hacer que las cosas vayan a mejor, y en eso estamos.

Y por último, no sé si ha quedado claro con la exposición que he hecho al principio, pero creo que los criterios que nos han llevado a tomar esta decisión no son criterios únicamente económicos; les he manifestado un montón de ventajas que tiene para todos los ciudadanos desde el punto de vista asistencial sin tener ningún perjuicio ni ningún empeoramiento en cuanto a su comodidad o la accesibilidad que tienen en este momento a los análisis clínicos. Y eso es lo que nos ha llevado a tomar la decisión final, que es lo que hoy les hemos transmitido. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias.*

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las cocinas del Complejo Hospitalario.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Continuamos con el punto número dos del orden del día: Comparecencia de la Consejera de Salud para informar sobre las cocinas del Complejo Hospitalario, comparecencia que ha sido solicitada por la señora Fernández de Garaialde, de Nafarroa Bai, quien tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente, y buenos días de nuevo a todos y a todas. En este caso también, en las medidas de recorte, ya veíamos que se iba a privatizar el servicio de cocinas. Y lo mismo que los laboratorios, al margen de que se esté de acuerdo con la privatización o no se esté de acuerdo, como siempre, ha habido un cúmulo de informaciones y desinformaciones a las que parece que nos vamos acostumbrando. En un primer momento se dijo que se iba a privatizar*

pero que el edificio en el que tenían que estar las nuevas cocinas iba a estar en el recinto hospitalario. Después se dijo que la empresa adjudicataria será la responsable de las obras en el recinto o no recinto. Cuando hicimos la visita a las cocinas del Complejo Hospitalario, al margen de que seguía existiendo esta duda de si iba a ser un edificio nuevo o ampliación de lo que había, si iba a ser dentro del recinto, si no iba a ser dentro del recinto, también se nos trasladó..., como siempre había distintas opiniones. Una parte estaba de acuerdo con la privatización, parte de las personas que estuvieron allí; otra parte no estaba de acuerdo con que la empresa privada diera mayor calidad en cuanto a la trazabilidad, que es una de las cosas que se pone para esta privatización; también nos transmitieron, entre otras cosas, que las cocinas están en contacto diario con el servicio de salud pública y medicina preventiva para el control de los alimentos, que no ha ocurrido en ningún caso que justifique que la privatización en este sentido iba a dar mayor control y, sobre todo, que iba a suponer mayor calidad. Y, por supuesto, una de las cosas que dudaban también incluso las personas que estuvieron allí era quién iba a costear luego todo este tema de control de alimentos y todo lo que se refiere al trabajo que puedan hacer salud pública o medicina preventiva.

Nos hablaron de las reformas hechas hace unos años, nos dijeron también que no es cierto que las cocinas, como se pone en el informe que se nos trasladó, no cumplan la ley ni los requisitos legales exigibles, de ahí que hayamos hecho las preguntas. Ya sabemos que la privatización está ahí, algo con lo que no estamos de acuerdo, pero al margen de lo que es la privatización, cómo se va a hacer, si se va a hacer un nuevo edificio, si no, quién va a pagar, dónde va a estar. Y después, con las informaciones que nos dé, yo también haré otra intervención. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Consejera, tiene usted la palabra.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, como recordarán, en mi comparecencia del 20 de septiembre, en la que les expliqué las líneas a desarrollar en esta legislatura, me referí expresamente a que la dispersión física de muchos de los recursos relacionados con la asistencia sanitaria introduce un relevante factor de ineficiencia que debe ser afrontado teniendo en cuenta especialmente que el paciente no se vea perjudicado. Entre otros muchos proyectos, con ello me estaba refiriendo a la concentración de recursos tanto de los laboratorios de diagnóstico como del servicio de cocina del Complejo Hospitalario de Navarra. Como todos ustedes saben, la eliminación de duplicidades en la parte tecnológica de los procesos permite economías de escala tanto en lo referente al coste de las materias primas como a la amortización de los equipos e incluso de los espacios situados en los entornos hospitalarios. Esto, que no produce ningún cambio aparente en el paciente, supone una clara mejora de la eficiencia en el conjunto del proceso sanitario. También les dije ese día, señorías, que eran muchos los proyectos que teníamos encima de la mesa para optimizar la gestión de nuestro servicio público de salud y para garantizar su sostenibilidad y mantenimiento. Les pedí, como recordarán, y lo he hecho también en alguna otra ocasión, un poco de tiempo para poder acometer dichas reformas, puesto que, como supondrán, muchas de ellas inciden directamente en el meollo de la organización y conllevan cambios profundos en su estructura y funcionamiento. Por ello, el hecho de que haya pasado un tiempo sin que hayamos hecho ningún anuncio con respecto a cómo está el tema de la externalización del servicio de cocinas o la unificación de los laboratorios no es porque lo hayamos dejado de lado, sino porque son proyectos de gran envergadura que necesitan de un tiempo para llevarse a cabo y en ese sentido, señorías, les recuerdo que apenas han pasado unos meses desde que anunciamos nuestra intención de acometerlos.*

De cualquier manera, y volviendo al tema que nos ocupa, la importancia del servicio de alimentación en los establecimientos hospitalarios tiene una doble vertiente. Desde una óptica meramente sanitaria, la calidad en la prestación global del servicio de alimentación incide, como ustedes saben, de forma significativa tanto en la reducción del tiempo de estancia de los pacientes ingresados, si la nutrición es la adecuada por su calidad y composición, como por el prestigio en la propia imagen de la institución sanitaria. Y desde un punto de vista económico, las cifras de costos que se manejan pueden alcanzar en muchos casos importes de gran relevancia que repercuten en la cuenta de explotación del servicio de alimentación y, por derivación, en el funcionamiento del propio establecimiento hospitalario. En la actualidad, el sector de la producción de alimentos para colectividades está viviendo un importante proceso de cambio que nos obliga a modificar unos conceptos que eran válidos hasta ahora, pero que están siendo superados por el desarrollo de nuevas tecnologías como la producción de platos y su correspondiente emplatado y la distribución en la llamada cadena fría o cool chain*. Unas tecnologías que ya están suficientemente experimentadas en España y en otros países de nuestro entorno, y que nos pueden ayudar a dar un paso importante en la mejora de los objetivos cualitativos de higiene, nutrición, satisfacción o calidad de trabajo en la producción y también cuantitativos, como el control y la mejora de la gestión económica.*

La experiencia nos demuestra que en los años que estos sistemas llevan funcionando, su desarrollo y el grado de optimización alcanzado en sus resultados los hacen perfectamente válidos, por un lado, para nuestros objetivos de mejora global y, por otro lado, para la alta exigencia nutricional que tienen nuestros pacientes y que también hunde sus raíces posiblemente en nuestra vasta cultura gastronómica.

Señorías, aunque lo hemos explicado ya profusamente, vamos a recordar de nuevo cómo está la situación actual en el servicio de alimentación del Complejo Hospitalario de Navarra.

A partir de la transferencia a Navarra de la gestión de los servicios hospitalarios de la Seguridad Social, materializada por el Real Decreto 1680/90, de 28 de diciembre, y de la consiguiente integración de los recursos transferidos con aquellos otros dependientes de la Diputación Foral, quedó definitivamente integrado todo el dispositivo sanitario de la red asistencial pública en la Comunidad Foral de Navarra. Como resultado de la citada transferencia y del posterior desarrollo y creación de nuevos centros e infraestructuras sanitarias, existe en la actualidad un conjunto de unidades y servicios en ocasiones duplicados en distintos centros cuya masa crítica, problemas de ubicación y sistemas organizativos impiden, en ocasiones, afrontar con eficiencia y agilidad los constantes cambios y adaptaciones que la evolución de la sanidad y de la propia sociedad demandan. Debido en parte a esto, la Cámara de Comptos, en su informe de fiscalización de los servicios generales de la red pública hospitalaria del Servicio Navarro de Salud del ejercicio 2004, recomendaba, y cito textualmente, que para el recinto hospitalario de Pamplona debería analizarse si la actual forma de prestación de los distintos servicios generales, individualizado en cada uno de los hospitales, se acomoda a los principios de eficacia y economía.

En este sentido, la necesidad de armonizar y racionalizar la gestión asistencial y el modelo organizativo de los distintos centros sanitarios de Pamplona, sobre la que existe un amplio grado de consenso, queda reflejada en las acciones propuestas en el apartado de política sanitaria correspondiente al Plan Estratégico de la Sanidad Pública de la Comunidad Foral de Navarra, elaborado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y remitido a los efectos oportunos al Parlamento de Navarra. La finalidad de dicho plan es la de definir y desarrollar un modelo de organización funcional a través de la integración de los hospitales, de manera que se unifiquen los recursos humanos, financieros y tecnológicos con el fin de alcanzar la máxima eficacia y calidad en el cuidado del paciente y la mejor utilización y rentabilidad desde el punto de vista de las inversiones y la tecnología. Ello implica, igualmente, una mejor utilización de los equipos de dirección, planificación estratégica, información, control del gasto, cartera de servicios, etcétera.

Como resultado directo de ello, el Gobierno de Navarra aprobó el Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra, del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Dicho decreto establece su estructura directiva y las bases de su funcionamiento. Los fines de esta unificación radican en mejorar la eficiencia desde el punto de vista asistencial, analizar y proponer para cada una de las unidades contempladas como verdaderos centros de responsabilidad el esquema organizativo que mejor se adapte a los objetivos de mejora de la calidad asistencial y de la eficacia de la unidad, establecer el nuevo centro hospitalario como referente asistencial de la región sanitaria y modelo del nuevo sistema organizativo, adecuar la masa crítica asistencial de las unidades y servicios e impulsar y racionalizar el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías eliminando las duplicidades actualmente existentes en las estructuras de los centros que la integran. En este contexto, ¿qué pasa con el servicio de alimentación del nuevo Complejo Hospitalario de Navarra? Actualmente, en el Complejo Hospitalario de Navarra, zonas A, anteriormente Hospital de Navarra, B, Virgen del Camino, y D, Ubarmin, el servicio de cocina a los pacientes ingresados en régimen hospitalario se presta mediante medios materiales y personales propios. De esta forma, son tres las cocinas que existen, una en cada una de las zonas señaladas, con sus correspondientes estructuras organizativas independientes.

La situación de las cocinas de las zonas A y B requiere una puesta al día de sus instalaciones, pues al margen de la obsolescencia y estado de mantenimiento de algunos equipos, precisan una adaptación a la normativa vigente técnico-industrial y sanitaria. Además, la ubicación de la cocina de la zona A, antes Hospital de Navarra, en la planta sótano y justo debajo de las plantas de quirófanos y hospitalización, es un factor limitante para el uso de combustibles gaseosos suponiendo en cualquiera de los casos un riesgo importante para el establecimiento hospitalario, que está en las plantas superiores. Merece la pena recordar que la mayor parte de los incendios de centros residenciales y hospitalarios se han originado en las cocinas de dichos centros. Igualmente, la cocina de la zona B ocupa un espacio necesario para una correcta comunicación de la zona de ascensores con la galería de comunicación que conecta con el resto de pabellones del Complejo Hospitalario de Navarra, por lo que también sería bueno cambiarla de ubicación.

En cuanto a la fórmula de funcionamiento de las tres cocinas, sorprendentemente, se sigue prestando mediante gestión directa y recursos de personal propios, en contraposición a la gestión externalizada del Hospital Reina Sofía, de Tudela, y del Hospital Psicogeriátrico San Francisco Javier. Y digo sorprendentemente porque si se examina la situación de los servicios de cocina tanto en instituciones sanitarias públicas y privadas como en entidades de cualquier otra rama de actividad como la educación, la hostelería, las industrias, etcétera, nos encontramos con que es muy frecuente que estos servicios, al no formar parte del núcleo de actividad de dichas entidades, estén externalizados en empresas especializadas.

En cuanto a los costes, señorías, como recordarán, hace unos meses presentamos un estudio provisional de lo que suponían los costes de cada una de las dietas del Complejo Hospitalario de Navarra y su comparación con el obtenido en el Hospital Reina Sofía, de Tudela. Pues bien, una vez cerrado el objetivo 2011, ha sido actualizado aquel estudio provisional y podemos presentar el coste de la dieta diaria en régimen de hospitalización con total exactitud tomando como referencia todos los costes incurridos en un ejercicio completo. Así, los costes relativos al año 2011 en el Complejo Hospitalario de Navarra son los que aparecen ahora mismo en pantalla. Los importes señalados, expresados en euros, incluyen el IVA, con la excepción de los gastos de personal, y se toma el precio de la dieta como referencia, con lo cual se tienen en cuenta solo aquellos gastos incluidos en dicha dieta; es decir, no se consideran otros gastos que aun formando parte del gasto del servicio de alimentación no forman parte de la dieta, como, por ejemplo, el gasto de productos extras servidos fuera del menú habitual. Tampoco se incorpora al coste de la dieta importe alguno por amortización de las instalaciones de cocina. Este era el coste del Complejo con los datos de 2011.

Con respecto al coste de la dieta en el Hospital Reina Sofía, de Tudela, el centro tiene contratado el servicio de alimentación a los pacientes con la empresa Auzo Lagun, sociedad cooperativa. Esta empresa gestiona, además, el servicio de cafetería del centro. La última adjudicación tuvo lugar el 8 de abril de 2011, con contrato en vigor hasta el 31 de diciembre de 2011 y posibilidad de prórrogas anuales hasta el 31 de diciembre de 2014. Los precios unitarios que rigen el citado contrato son los siguientes, tanto en servicio a pacientes del hospital como para el servicio del personal de guardia del centro –este que aparece ahora mismo en pantalla–, lo que nos da un coste de 19,60 euros por dieta diaria. El coste de la energía en el caso de Tudela se ha asumido por la empresa concesionaria, al igual que el suministro de gas. El suministro eléctrico, que se realiza desde el sistema eléctrico del hospital de Tudela, es facturado a la empresa concesionaria periódicamente desde los servicios de administración del hospital y el de agua se realiza desde la instalación de suministro interior del propio hospital. El precio especificado incluye además el coste del utillaje e instrumental de cocina, pero no incluye cantidad alguna por amortización de las instalaciones, que ya fueron amortizadas en los primeros años de su vida útil en el caso de Tudela.

En lo que respecta al Hospital García Orcoyen, de Estella, el servicio de alimentación a pacientes ingresados se presta actualmente mediante medios personales propios, igual que en el caso del Complejo. El personal sanitario de guardia come en la cafetería del centro, cuyo servicio está contratado a una empresa externa.

Y en cuanto al Hospital Psicogeriátrico San Francisco Javier y a los centros de día de salud mental, hay que señalar que en la actualidad tienen externalizado el servicio.

Señorías, como ya les he dicho, con fecha 10 de octubre de 2011, se realizó un informe sobre la situación del servicio de cocinas en los ámbitos hospitalarios del Servicio Navarro de Salud. El objeto de dicho informe era el de proporcionar la información necesaria para la toma de decisiones relativas a la unificación de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra, a la tecnología que se debe implantar y al modelo de producción del servicio, y como consecuencia de ello, decidir sobre la oportunidad de retirar de la oferta pública de empleo el número de puestos de trabajo que estaban destinados a cocina como servicio propio. En el tiempo transcurrido desde entonces se ha estado profundizando en las diferentes alternativas posibles en cuanto a tecnología, modelo productivo, ubicación y servicios a unificar con el fin de confirmar y actualizar las conclusiones del informe de octubre de 2011.

En estos trabajos han participado las siguientes personas: el director de Administración y Servicios Generales del Complejo Hospitalario de Navarra, el jefe del Servicio de Administración y Servicios Generales del hospital de Tudela, el jefe del Servicio de Obras e Infraestructuras del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y el jefe de sección de asistencia jurídica del Servicio Navarro de Salud de la Secretaría Técnica del Departamento de Salud. También se ha contado con el apoyo de otras unidades del Servicio Navarro de Salud, como la dirección de Recursos Humanos y la dirección de Administración y Servicios Generales. Con el fin de tener el mejor criterio posible, también se ha recopilado información de otros hospitales. Se han visitado las cocinas del Hospital San Pedro, de Logroño; Sant Pau, de Barcelona; y Joan XXIII, de Tarragona, y se han manteni-

do reuniones con varias empresas e ingenierías dedicadas al diseño e implantación de cocinas para conocer el estado actual del sector buscando la cifra más exacta del coste de una nueva cocina. Además, y como ya les he dicho, el cambio de año nos ha permitido disponer de las cifras reales de gasto de los capítulos uno y dos correspondientes al ejercicio 2011, con lo que las comparaciones entre las diferentes alternativas pueden resultar más homogéneas.

Los servicios que hay que atender desde la nueva cocina son Complejo Hospitalario de Navarra A, Complejo Hospitalario de Navarra B y Complejo Hospitalario de Navarra D. Por el momento, no se considera oportuno incluir los servicios de la Dirección de Salud Mental y del hospital de Tudela por estar ambos servicios ya externalizados con contratos en vigor. En cuanto al hospital de Estella, dada la distancia existente y su pequeña dimensión, tampoco se considera oportuna su centralización en este momento.

Se nos planteaba entonces la decisión de elegir la mejor alternativa en cuanto a qué tecnología aplicar. Son tres las alternativas tecnológicas que hemos estudiado para el servicio de cocina. La primera, el sistema de producción y emplatado en caliente, que es el que en estos momentos está implantado en todos los hospitales del Servicio Navarro de Salud, consistente en la producción de comidas cocinadas de la manera tradicional y mantenidas calientes hasta el emplatado, que se realiza en bandejas convencionales o isotérmicas para proceder inmediatamente a la distribución para su ingesta. Normalmente, casi todos los procesos se efectúan durante el mismo turno de trabajo.

La segunda de las alternativas es el sistema de producción en cadena fría y distribución en cadena caliente, con retermalización previa al emplatado, sistema que consiste en la producción de comidas cocinadas de la manera tradicional e inmediatamente después, mediante un abatidor de temperatura, que es un equipo para bajar la temperatura de los alimentos una vez cocinados hasta la temperatura de refrigeración o congelación, se refrigeran hasta los tres grados en menos de dos horas y se almacenan en cámaras de refrigeración positiva de dos-tres grados centígrados hasta un máximo de cinco días. Antes del emplatado, se retermalizan, se les aplica calor para la puesta en temperatura de consumo mediante hornos de convección u otra tecnología equivalente hasta alcanzar la temperatura de servicio, que es de sesenta y cinco grados. El emplatado, ya en caliente, se realiza en bandejas isotérmicas que garanticen el mantenimiento de la temperatura de los alimentos hasta el momento de la ingesta por el usuario.

Y la tercera de las opciones es la del sistema de producción y distribución en cadena fría, emplatado en frío y retermalización posterior, luego es cadena fría total. Un sistema que consiste en la producción de comidas cocinadas de la manera tradicional e inmediatamente después, mediante un abatidor de temperatura, se refrigeran hasta los tres grados en menos de dos horas para almacenarlas en cámaras de refrigeración positiva hasta un máximo de cinco días. El emplatado se efectúa en una zona independiente, zona blanca, y climatizada entre diez y doce grados centígrados para evitar la ruptura de la cadena fría. En esta opción es posible emplatar los servicios para la comida y la cena del mismo turno de trabajo. Las bandejas para el servicio de la comida se colocan en los carros de retermalización. En ambos casos, hasta la hora de cada servicio, los carros se mantendrán en zona de almacenaje exclusivo refrigerada a tres grados centígrados. La retermalización de las comidas emplatadas en cada bandeja individualizada y personalizada se efectuará en el propio carro de distribución, en las mismas plantas de hospitalización, inmediatamente antes de su ingesta.

En el marco del grupo de trabajo que antes he mencionado, se ha realizado una estimación de los costes de una nueva cocina en frío con gestión privada, con trabajo en producción cinco días por semana y distribución todos los días del año. Para el cálculo del coste de los diferentes elementos que intervienen en el proceso de servicio de cocina en este modelo, como el dimensionado de plantilla, transporte y consumo energético, además de la experiencia y criterio técnico propio del grupo que ha trabajado en el análisis de las diferentes alternativas del servicio de cocina, se ha considerado también la información facilitada por diferentes empresas de ingeniería especializadas en el proyecto e implantación de cocinas y de empresas de servicios de cocina. El detalle del coste en euros de los diferentes elementos es el que aparece en pantalla en estos momentos y el precio por dieta completa resultante con esta estructura de costes se estima en aproximadamente 18,21 euros. Si comparamos este precio hipotético frente al consolidado para el año 2011, que les he dado anteriormente, con una técnica diferente, que es la que estamos utilizando en estos momentos y con la que el precio de la dieta es de 26,8, el potencial de ahorro asciende a 2.763.111 euros/año.

Llegados a este punto, la primera conclusión es que se debería acometer la unificación de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra implantando la tecnología en frío en el plazo más breve posible, dado que supone unos costes sensiblemente inferiores a los actuales. En definitiva, se conseguirá una mayor eficiencia en la gestión de los recursos públicos destinados a la prestación del servicio de alimentación. Como saben, la actual situación presupuestaria hace inviable la opción de financiar la inversión con recursos propios en un

plazo inmediato, por lo que recurrir a la financiación externa se consolida como la alternativa que posibilita en un corto plazo la construcción de una nueva cocina unificada con tecnología de frío.

Y con respecto a las cocinas actuales, dejando de lado otras consideraciones sobre su ubicación, el estado de sus condiciones técnicas y sus interferencias en la actividad asistencial de los hospitales, ninguna de ellas tiene una dimensión suficiente como para acoger la nueva cocina unificada, por lo que se debe construir una nueva en una ubicación alternativa a las que ya se tienen. Entre las diferentes posibilidades, se ha considerado como la alternativa más ventajosa la de construir una cocina en el recinto del Complejo Hospitalario de Navarra por parte de la empresa adjudicataria del servicio de alimentación. Dicha empresa financiaría la inversión necesaria e iría recuperándola mediante la repercusión de un importe por amortización en el precio de la dieta diaria. Una vez amortizada, la cocina quedaría en propiedad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. En el caso de cambiar de concesionario a lo largo de la vida útil de la inversión, el nuevo concesionario abonaría al anterior la cuantía pendiente de amortizar.

La posibilidad de que una empresa externa realice la elaboración de las comidas en sus propias instalaciones fuera del recinto hospitalario podría disminuir el impacto del coste de las inversiones, pero hemos considerado que también reduciría la concurrencia de empresas al concurso y dificultaría la labor de control de nuestros propios nutricionistas y dietistas. El importe que habría que añadir al precio medio de la dieta, al menos en los primeros años de vida de las instalaciones, unos ocho años, es de 2,13 euros por concepto de amortización de esta obra de la cocina, aunque es previsible que en el proceso del concurso probablemente disminuyan estas estimaciones que hemos hecho del importe.

Los resultados obtenidos se han contrastado con la información facilitada por otras administraciones sanitarias autonómicas. Los precios facilitados para un servicio de alimentación hospitalaria con cocina en frío son los siguientes. El Hospital Sant Pau de Barcelona está pagando en estos momentos 10,5 euros por dieta y día; el Hospital Joan XXIII de Tarragona, 11,30 euros por dieta y día; el Hospital Santa Lucía, 18, y el hospital de Majadahonda, 13 euros dieta/día. La diferencia principal entre los precios comparados de estos cuatro hospitales estriba en que en los casos de los hospitales Sant Pau, Majadahonda y Joan XXIII la plantilla es mixta, por lo tanto, aquí no está contemplado todo el coste sino solamente la parte de recursos humanos que tiene la empresa concesionaria. En los hospitales Sant Pau y Joan XXIII tampoco se incluyen las meriendas. En el caso del Hospital de Santa Lucía, el personal es íntegro de la concesionaria y las obras de instalación las realizó la concesionaria de la cocina, por lo tanto sería el que más se podría asemejar al modelo que nosotros hemos escogido. En todos los casos, este precio que aparece aquí incluye la amortización de los equipos y los aparatos de cocina.

Señorías, tras todas estas consideraciones hemos llegado a la conclusión de que la utilización de tecnologías de producción en cadena fría en una cocina central presenta ventajas en la calidad del servicio que podemos resumir en una mejora de la calidad con platos elaborados a partir de fichas técnicas totalmente testadas y estandarizadas, una clara disminución de los riesgos de toxiinfección alimentaria mediante el correcto control de las normas de higiene y el mantenimiento sin roturas de la cadena fría en todos los procesos hasta el momento del consumo por parte del paciente y la reorganización de los sistemas de trabajo introduciendo nuevos elementos de producción más versátiles que permitirán la planificación de la producción con la antelación suficiente para evitar improvisaciones con resultados históricamente negativos.

Adicionalmente, las ventajas de la externalización de este servicio suponen, entre otros aspectos, un incremento de la flexibilidad en la gestión al transformar coste de capítulo uno y seis en capítulo dos, y vincular el gasto al servicio real permitiendo adaptarlo a variaciones en el contingente de camas del Complejo Hospitalario de Navarra. Además, simplifica la gestión, puesto que tendríamos un único concurso de servicio cada cuatro años; permite a la organización centrarse en lo esencial de la actividad hospitalaria; se garantiza la calidad, pues se fija el nivel del servicio mediante el contrato, y hay una mayor sensibilidad del proveedor hacia el usuario si la continuidad del contrato puede verse afectada. Además, se ha demostrado que tanto el coste estimado para la dieta en la cocina en frío como los precios existentes en otros hospitales de Navarra son sensiblemente menores que el actual del Complejo Hospitalario de Navarra con cocina tradicional en caliente. En función del precio de referencia y del número de dietas, que en 2011 han disminuido respecto a 2010, que se tome para hacer las comparaciones con los existentes en otros hospitales o con el resultante de la estimación realizada, se puede obtener un ahorro anual en el servicio de cocina del Complejo Hospitalario de entre 2 y 2,83 millones de euros en los distintos escenarios que les presentamos a continuación.

Estos resultados son coherentes con las conclusiones reflejadas por la Cámara de Comptos en el ya citado informe sobre los servicios generales de la

red pública hospitalaria del Servicio Navarro de Salud del ejercicio 2004, en el que se calcula un coste de 19,62 para el Hospital de Navarra, 20,44 para el Hospital Virgen del Camino y 12,92 euros para el hospital de Tudela. Si tomamos como referencia el precio medio del Hospital de Navarra y Del Hospital Virgen del Camino, que nos da 20,03, el coste del hospital de Tudela es un 35,5 inferior al del Complejo Hospitalario de Navarra o lo que es lo mismo, el coste de la dieta del CComplejo es superior en un 55 por ciento al del hospital de Tudela.

Por todo lo expuesto, se considera que la alternativa de externalizar la construcción de una cocina unificada y la gestión del servicio de alimentación es la que posibilita en el más breve tiempo posible y de la forma más eficiente la implantación de una cocina unificada con tecnología en frío en el Complejo Hospitalario de Navarra. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias, señora Consejera. Señora Fernández de Garaialde, tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente, y muchas gracias, señora Consejera, por las explicaciones dadas. Quiero decir lo que puede suponer desde un punto de vista médico y desde un punto de vista económico sin extenderme demasiado.*

La verdad es que la alimentación hospitalaria se puede entender como una comida más o como un tratamiento. Voy a leer, porque el texto es muy extenso, un par de frases que aparecen en una resolución del Consejo de Europa, el Comité de Ministros, sobre alimentación y atención nutricional en hospitales. Ahí se dice que la dirección del hospital debe prestar una atención especial a la política del servicio de alimentación y al soporte nutricional, y todo el personal del hospital debe entender que el servicio de alimentación es una parte importante del tratamiento y la atención de los hospitales. Aquí parece que se va a privatizar algo que es una comida, que es algo externo, pero realmente se va a privatizar una parte importante del tratamiento y de la atención de los hospitales.

Y siguiendo con esto, me gustaría que se leyera un poco el pliego sobre la privatización de las cocinas de Tudela, que no solo se plantea en términos económicos sino que dice, en cuanto a las características de la dieta, que el adjudicatario asume la responsabilidad de aportar el asesoramiento dietético adecuado mediante personal debidamente instruido y capacitado. Esto lo he sacado del pliego; es el adjudicatario el que asume la responsabilidad de aportar el asesoramiento dietético. Dan dos opciones de dieta, luego hablan de una composición mínima de la ingesta. Los menús serán planificados y diseñados por la empresa adjudicataria y tendrán una rotación mínima de dos semanas. Deberán contar con la aprobación del hospital, menos mal, pero es la empresa adjudicataria la que planifica y diseña. El procedimiento para la elección del menú será propuesto por el adjudicatario y deberá ser aceptado por la dirección del hospital; vuelvo a decir otra vez menos mal, pero es que es el adjudicatario otra vez. Los alimentos extras se facturan aparte. Me gustaría que se leyeran también lo que dice el Consejo de Europa sobre alimentos extras y todo eso. Los controles mensuales, es lo que pone en el contrato, salud pública creo que, si no nos informaron mal, ahora mismo va diariamente. Todo esto no es únicamente en términos economicistas, es evidente que va en contra de la resolución europea en la que, como se ha dicho, dice que todo el personal debe entender que el servicio de alimentación es una parte importante del tratamiento.

Pero ahora sí que me quiero meter un poco con el famoso informe que ustedes nos pasaron, porque claro, estudio de costes... Es una pena que aquí solo nos oigan y no nos vean, porque llamar estudio de costes a este informe, informe de la situación del servicio de cocina del Servicio Navarro... Me van a perdonar, pero aquí lo que se hace es una descripción de los tres modelos que usted ha explicado: en frío, mixto y en caliente, pero eso no es la situación actual.

Pero voy a hablar un poco del informe, que dice que precisan una adaptación a la normativa vigente técnica, industrial y sanitaria. Cuando fuimos a ver las cocinas, las personas que allí nos recibieron nos dijeron bien claro que esto no es cierto; no lo digo yo, lo dijeron ellos y ellas. Habla también de que nos encontramos con que es muy frecuente que estos servicios, al no formar parte del núcleo de actividad de dichas entidades, estén externalizados. Es un concepto que va en contra de, insisto, el Consejo de Europa y lo que dijeron de si es un tratamiento o no es un tratamiento. A continuación, hablan del Hospital Reina Sofía, de Tudela, y hablan de lo que cuesta el menú; por supuesto, lo que no sé si han tenido ustedes en cuenta es qué tipo de hospital es el hospital de Tudela, qué tipo de hospital es, por ejemplo, el Hospital de Navarra y la complejidad, por los propios tratamientos que tiene, oncológicos, etcétera, en las dietas del Hospital de Navarra, que, por supuesto, encarecen también ese tipo de dietas.

A continuación, hace una descripción global de los tres sistemas. Con el mixto no me voy a meter, pero sí con el actual sistema de producción y emplatado en cadena caliente. Dice que no precisa adaptación de personal, que la formación específica del mismo no precisa programas complejos; falso donde lo haya. Menor calidad organoléptica; falso. La producción y el emplatado, sobre todo esto último, suelen hacerse contrarreloj para

poder dar el servicio puntualmente, por supuesto, y evitar contaminación.

Insisto, del otro no voy a comentar nada, pero sí sobre el que dicen ustedes de la cadena fría total. Al producir en cadena fría se trabaja con normas que permiten, a partir de una planificación exhaustiva, un mayor control de los costes de materia prima y mano de obra; ya me gustaría que me explicaran esto. No hay gas, menor riesgo de incendios, no hay máquinas a fuego abierto, todo está controlado por ordenador; no entiendo cómo van a hacer la comida. Puede existir gas con una manera, con otra, pero lo de que no hay gas... Se realiza la producción en factorías o fábricas de trabajo fuera del ámbito hospitalario; claro, en ese impasse *de que no sabíamos si iban a estar dentro del recinto hospitalario, si iban a estar fuera, si se iban a ampliar, lo siguiente es que ya dan por hecho que se va a trasladar fuera de la ubicación en la que están. Esto podía aclararnos esas dudas que se nos iban planteando. Pero es que dice que en los hospitales solo es necesario disponer de unos espacios –oficios– en los que montar cámaras, cuartos fríos de preparación y emplatado, así como los carros de distribución y retermalización o regeneración para cuando se realice el servicio; no se necesitan solo oficios, como ustedes pretenden decir, se necesitan grandes espacios. Ya nos dirán dónde van a tener esos espacios, cómo van a hacer esos espacios y quién va a hacer esos espacios, si también va a tener que ser la empresa adjudicataria. Menor inversión en edificios y recintos en el área hospitalaria, solo son necesarios los oficios y cámaras frigoríficas señaladas. Insisto, grandes espacios y grandes cámaras, etcétera.*

Pone que precisa una inversión inicial importante, como contrapartida la amortización... Evidentemente, es una inversión enorme, pero se puede amortizar. Después nos dan los datos que usted ha puesto por ahí y nos dicen que con esto se ahorra no sé cuántos millones. Con los números económicos no me voy a meter porque Comptos los estará analizando y nos dará un informe.

Con el informe que ustedes nos dieron, que aquí no explica nada de que se pueda ahorrar ese dinero, con ciertas cosas que no se ajustan a la realidad y además, sin saber cómo van a hacer esas obras, cómo van a reajustar esos oficios pequeños que ustedes dicen, que no nos lo creemos, quién va a hacer ese tipo de obras... No estamos de acuerdo con la externalización. Nos están intentando llevar a un debate que nosotros no hemos planteado. Porque Nafarroa Bai, y creo que la oposición, ha dicho en numerosas ocasiones que está de acuerdo con que se centralicen los gastos Nafarroa Bai no se ha posicionado en ningún momento en contra de si hay que hacer un único edificio o no hay que hacer un único edificio. Nafarroa Bai tampoco se ha planteado si hay que hacer el emplatado en frío o en caliente, y podemos entender si hay que llevar ahora mismo a un emplatado en frío, si hay que hacer un nuevo edificio... Hasta ahí estamos de acuerdo. Nadie ha cuestionado todo eso y nadie ha planteado que se haga todo esto para ahorrar; pero es que ustedes, intentando hacer esto, el siguiente debate es privatización o no privatización. ¿Y por qué esto en lo que estamos de acuerdo no se puede hacer de manera pública? Porque con este ahorro estamos de acuerdo, pero ¿por qué no se puede hacer de manera pública? Luego nos dicen que la financiación es la empresa externa; eso nos suena al método Alzira, eso nos suena a cómo hacen la construcción de hospitales en Madrid, eso nos suena a una especie de peajes en la sombra, eso nos suena a que se ha demostrado que no son rentables y que no son tan baratos esos tipos de construcción de edificios.

Para acabar, la nutrición es una parte importantísima del tratamiento, importantísima. ¿Centralización de compras? Evidentemente, de acuerdo. ¿Un único edificio? No estamos en contra. ¿El emplatado en frío? No estamos en contra. Pero de la privatización, sí; de la pérdida de puestos de trabajo, sí; que supone también una pérdida en las condiciones laborales para las personas que están ahí trabajando, también lo creemos, aparte de la pérdida de puestos de trabajo; que no mejora la calidad, y ojo, no digo que no mejore la calidad el que se haga con el método tradicional o con el método en frío, eso probablemente puede mejorar la calidad, lo que digo es que no mejora la calidad que se haga en frío público o privado. Eso sí lo cuestiono. Además, en este caso de las cocinas ni siquiera es como en el anterior, que se podía hablar únicamente de formas economicistas, sino que con esta idea...

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Fernández de Garaialde.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Termino ahora mismo. Con esta idea lo único que creo que se pretende es beneficiar a alguien concreto, y, si no, veremos cuando se produzca la adjudicación. Muchas gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Turno de portavoces. Por UPN, señor Pérez Prados.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias. Gracias de nuevo, señora Consejera. La verdad es que tengo que reconocer que se aprende mucho en estas Comisiones, en estas comparecencias, por lo menos yo, personalmente, y así lo reconozco. Ha sido todo un máster en los distintos aspectos que se van tratando. Por lo tanto, gracias también por ello.*

Voy a agrupar la intervención, como he hecho en la ocasión anterior, en cinco aspectos que me

parece importante tener en cuenta en este tema. En primer lugar, el tema de la cocina unificada es una consecuencia lógica y recomendable después de la creación del Complejo Hospitalario de Navarra y, además, sigue, como ya se ha resaltado, la recomendación realizada por el informe de la Cámara de Comptos de analizar la conveniencia de unificar este tipo de servicios. Me ha parecido una intervención, lo que nos ha leído, seria y completa, derivada del informe que ha realizado el grupo de trabajo que ha analizado este tema.

En segundo lugar, yo creo que es muy importante tener en cuenta la atención alimentaria del paciente. ¿Va a empeorar? Es la pregunta. Después de escuchar la intervención, me da la sensación de que no va a empeorar, de que puede incluso mejorar. Añado por qué creo que puede mejorar. En primer lugar, porque se puede mejorar también la racionalización del horario de comidas del paciente hospitalizado; en estos momentos tienen unos horarios de comida en los que el reparto se hace de doce a doce y media para la comida, y de siete y media a ocho para la cena. Yo he hablado con médicos, les he preguntado por qué y me han dado la respuesta; desde luego, no es porque convenga más al paciente, no es porque ellos lo prescriban así, ellos están un poco en contra de esos horarios, es más, resaltan que desde las diez de la noche, las veintidós, hasta las siete de la mañana, el enfermo hospitalizado no puede tomar nada, no puede consumir nada porque las cocinas deben estar cerradas en ese horario.

También se podrá exigir responsabilidades a la empresa adjudicataria, algo que no se puede exigir hoy a la cocina, así nos lo decían en aquella visita que hicimos en noviembre a las cocinas. La cadena en frío, la producción en frío, es un procedimiento que se utiliza habitualmente, no solamente en hospitales, sino también en los restaurantes más famosos, incluso en los que tenemos en Navarra. Yo creo que la calidad no empeora, ni mucho menos, por eso.

Hay un tercer aspecto que también se ha analizado y que es el tema relativo al ahorro. Hacer los aprovisionamientos de forma centralizada, evitar duplicidades nos puede llevar a un ahorro yo creo que significativo en cuanto a la gestión del dinero público, que es algo que todo Gobierno, que todo gestor público debe perseguir.

En cuarto lugar, igual que en el tema de la unificación de los laboratorios, está procurar, y eso también lo pedimos al Departamento de Salud, que aumente lo menos posible el paro en relación con esos doscientos cuatro trabajadores, aproximadamente, que hay en las cocinas de los dos antiguos hospitales, el de Navarra y el hospital Virgen del Camino, de los cuales sesenta y tres son fijos, que esos se van a quedar sin ninguna duda en el Complejo Hospitalario, y ciento cuarenta y uno son eventuales, de los que algunos se podrán incorporar al Complejo y otros habrá que hacer algún esfuerzo para que al menos tengan trabajo en la empresa adjudicataria; no sé si la ley permite poner algo así en el pliego de condiciones en la convocatoria correspondiente.

En relación con la externalización, hay un aspecto que hay que recordar y resaltar, que es que, efectivamente, la externalización de las cocinas ya lleva desde el año 95 en el hospital de Tudela y también está externalizada en el Hospital San Francisco Javier aquí, en Pamplona. Y no creo que haya empeorado la calidad de la alimentación de los pacientes ingresados, lo que ocurre es que, según los cálculos realizados, en Pamplona es significativamente más caro cada menú que en Tudela. Eso nos puede llevar, con el punto anterior, el punto tercero que resaltaba, a un mayor ahorro en las previsiones que he citado de aprovisionamiento centralizado y evitación de duplicidades.

Nos informaban en la reunión que tuvimos en el mes de noviembre tanto con los trabajadores de las cocinas y responsables de las mismas como con los gestores del hospital, de un presupuesto de unos ocho millones y medio de euros aproximadamente en el año 2011, de los cuales dos millones se destinaban a materia prima y 6,5 millones de euros al año a personal. También nos daban unas cifras muy elevadas en aquellos momentos de bajas laborales o absentismo laboral y el incremento correspondiente por gastos de sustitución.

Los profesionales sanitarios nos decían que no son especialistas ni en hostelería ni en restauración, que saben de lo que saben y que hacen bien lo que saben hacer bien, y no se encuentran muy seguros en la gestión de estos aspectos; razón de más para unificar y externalizar este servicio, una parte del cual se eliminó ya en el año 2007, nos decían, que era el servicio que tenían las propias cocinas del hospital, no sé si de ambos o del Hospital de Navarra, en el área de bollería y repostería; eso se eliminó ya en el año 2007. En aquellos momentos no ocurrió, yo creo, ningún desastre por esa decisión. Ejemplos de externalización tenemos ya en los propios hospitales los de cafetería-restauración, los de limpieza y también los de lavandería. Y la sensación actual es que no solamente no hay ninguna queja por ello sino que la satisfacción es grande. Y además se han creado nuevos puestos de trabajo. A la empresa Indusal, instalada en Marcilla, a sus trabajadores, vamos ahora a decirles que el servicio de lavandería vuelve a asumirlo el Complejo Hospitalario, a ver qué pasa con las reacciones que se producen con estos puestos de trabajo creados en esa localidad, que dan trabajo a muchos de sus vecinos para esos servicios que tenemos externalizados en los hospitales.

Le agradezco una vez más esta información, esta comunicación, estas explicaciones que nos ha dado y espero que, en términos generales, a quien las pueda leer o escuchar le resulten convincentes como nos han resultado a nosotros.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Ochoa, por el grupo socialista.*

SRA. OCHOA CANELA: *Gracias, señor Presidente, y gracias, señora Consejera. Yo no tuve la fortuna de hacer la visita a las cocinas ni de estar con los trabajadores porque entonces no era Parlamentaria. Creo, no sé, ya me perdonarán, pero como soy un poco novata, que no le puede mover la única idea del ahorro económico; supongo que lo que se está buscando es dar una mayor calidad, una calidad más homogénea a todo lo que es el Complejo Hospitalario, y que detrás de esta medida quizás también esté el tener que realizar unas nuevas instalaciones. Unas instalaciones que son muy costosas y que nos tenemos que plantear si tienen que ser unas instalaciones completas, que tampoco me ha quedado a mí muy claro si es que se va a guisar en esas instalaciones y luego se va a enfriar o si se va a traer ya la comida cocinada desde alguna empresa y ahí va a sufrir los procesos de frío. A mí quizás lo que más me preocupa desde los días que llevo aquí sentada siendo Parlamentaria es ver a tanto trabajador preocupándose por su puesto de trabajo. No soy una persona como me ha tildado la señora Ruiz; yo creo que al final lo importante es tener un puesto de trabajo y si te tienes que trasladar, te tienes que trasladar, no creo que sea el problema el traslado sino el mantenerlo. Y vivo en un país que se llama España y la verdad es que cada día, cuando oigo la radio y veo las estadísticas me preocupa, y mucho. Y quizás yo también le haría un poco esa petición, que hagamos lo posible para que el número de personas que se vuelvan a recolocar sea el máximo. Todos vemos que con este tipo de utilización de las cocinas va a sobrar personal. Y ese personal tiene nombres y apellidos, familias, hipotecas, deudas... Y yo creo que un Gobierno lo que tiene que hacer no es solamente buscar las mejores condiciones económicas sino también la paz social. Muchas gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. A continuación, tiene la palabra la señora Ruiz, por parte de Bildu.*

SRA. RUIZ JASO (2): *Egun on guztioi, berriro. Hasteko, kontua argitze aldera, egiten duzuen planteamenduak hiru ekimen nagusi ditu: batetik, hiru sukaldeen bateratzea; bigarrenik, ekoizpen katea aldatzea, kate hotzean ekoiztera pasatuz; eta hirugarrena da pribatizazioa. Dena lote berean saldu nahi diguzue. Eta hasieran behintzat egindako txostenean, urriaren 10eko txostenean, kit berean planteatzen duzue dena. Neurri hauen ezarpenak osotasunean zer-nolako ondorioak edo zer-nolako abantailak bereziki ekarriko lituzkeen, hori da azaltzen dena, baina kontuan hartu gabe hiru ekimen horietako bakoitzak bere kabuz izango lukeen aurrezpena, eta bere kabuz izango lituzkeen ondorioak aintzat hartu gabe. Dena kit berean.*

Eta, NaBaiko bozeramaileak esan duen bezala, hiru ekimen horietatik guretzat kezkagarriena pribatizazioa da. Guk ere uste dugu ikuspegi ekonomiko batetik abiatzen dela bereziki pribatizazioaren bidea, eta bestelako interes batzuk ere badaudela. Lehengo puntuan, laborategien kasuan, planteatu diguzu ez duzuela bide hori hartuko, ez duzuela pribatizazioaren bidea hartuko, baina sukaldeetan bai, argi eta garbi; eufemismo bat erabiliz, esternalizazioarena; eta kasu honetan, teorian abantailak besterik ez dakarrena alde guztietatik: kalitatean, segurtasunean, higiene neurriei dagokienez, ekonomikoki... Baina abantaila horiek guztiak, eta ez daukat zalantzarik sukaldeen bateratzeak edo katearen produkzioaren aldaketak hauetakoren bat ekarriko duela... zer abantaila ekarriko du pribatizazioak, zuek planteatzen duzuen balizko aurrezpen ekonomiko hori ez bada? Hori da faltan botatzen dena.

Langileren baten egoerak eragina izan dezake, baina hori albo-kalte bezala asumigarria da. Defizitaren muga-eta, azken batean, Osasun Departamentuak egin behar dituen murrizketen baitan, hori ere asumigarria da.

Txostena irakurri genuenean, lehenengo zalantza bat sortu zitzaigun, eta da pribatizazioa erabakitzeko argudio eta euskarri bakarra dela hemen egin duzuen azterketa. Azterketa hau sinatuta dago, oker ez banago, urriaren 10ean, baina zuk jada irailaren amaieran iragarri zenuen neurri hau bera. Orduan, ematen du, beste hainbat kasutan bezala, eta hori da sortzen zaigun lehenengo zalantza, azkenean txostenak egiten direla aldez aurretik hartutako erabakiak justifikatzeko. Eta ez da lehenengo aldia hori gertatzen dela. Orduan, hori da, hasteko, lehenengo zalantza; baina igual gaizki pentsatuak gara.

Txostenaren edukian sartzen baldin bagara, zulo beltzak ikusten ditugu baita ere. Hasteko, eta laborategien kasuan ikusi dugun bezala, deigarria da txosten guztian ez dagoela inongo erreferentziarik nutrizioan eta dietetikan aritzen diren profesionalei buruz. Ez dago inongo aipamenik, eta hori ere kezkagarria da. Dena baloratzen baldin bada eta informazio-biltze bat egiten baldin bada, hor taula ekonomiko asko eta datuz betetako taula

(2) Traducción en pág. 35.

asko daude, baina ez dago erreferentzia bakar bat ere bertako profesionalei buruz. Eta hemen atera den ideia bat: gaixoen tratamenduaren parte inportantea baldin bada elikadurarena, bertako profesionalen iritzia ere kontuan hartzekoa izango da. Zalantza hori ere bai.

Esanguratsua da, baita ere, egungo egoerari bestelako alternatibarik bilatzeko inongo saiorik ez dela egiten. Adibidez, sukalde bakarrarekin, hau da, bateratze soilak, sukalde bakar batekin funtzionatzeak ekarriko lituzkeen abantailak; baina hori bere horretan –ez kit osoaren barruan– aztertzeko, alternatiba hori, ez da baloratzen, adibidez. Txostenak, aukera horiek aztertu beharrean, zerbitzua pribatizatzeak ekarriko lituzkeen abantailak dakartza. Hori da txostenaren helburu nagusia: pribatizazioaren abantailak toki guztietatik islatzea.

Egon daitekeen aurrezpen ekonomikoari dagokionez, konparaketaren bat egiten du, eta aipatu duzu, ezta? Comptos Ganberak 2004an egindako txostenari jarraiki, esaten zen Tuterako Ospitalean 2004an zerbitzuaren kostu unitarioa 12,6koa zela; 2011n, 19,6. Tuterako Ospitalean bertan, oker ez banago, ehuneko 55eko igoera, zazpi urte horietan. Ehuneko 7 baino gehiago. Hori da pribatizazioak ekarriko duen igoera urterik urte? Zazpi urtean ehuneko 55eko igoera. Eta horiek Comptos Ganberako datuak dira. Hori ere pentsatzekoa da, ezta? Orain ematen diren datuak ere hemendik urte batzuetara aztertzeko.

Eta txostenak aipatzen ditu alderdi soziolaboralak ere, baina horretan ere abantailak ekarriko ditu, nola ez, sukaldeko langileen artean dagoen abstentzio-tasa altua dela eta, txostenak dioenez.

Zerbitzua pribatizatzearen beste abantaila bat da gastu gehigarri hori –absentismoari aurre egitearena– enpresa pribatuak hartuko lukeela. Ez dakiguna da ea absentismo hori benetan hain altua den, nola kudeatu den, zer arrazoi egon daitekeen hala baldin bada, nola egingo zaion aurre horri, edo hobekuntza planen bat egin den edo aztertu den orain arte. Baina hori giza baliabideetako zuzendaritzaren lana da. Edozein modutan, iruditzen zaigu absentismoa momentu honetan murrizketa batzuk justifikatzeko politika neoliberalen ikur nagusi bihurtu dela, eta hori ere kezkagarria iruditzen zaigu.

Kostuak murriztea baldin bada kontua, zergatik ez da planteatzen orain arte –egin dena oso murritza iruditzen zaigu– dauden jefaturen kopurua murriztea? Hortik ere kostuak murriztu daitezke.

Edozein modutan, eta langilerian zentratuz, iruditzen zaigu eztabaidatzeko dagoela oraindik ere Administrazio publikoak sektore ahulenei, merkatuan enplegua eskuratzeko eta mantentzeko zailtasunak dituztenei, alegia –justu-justu sektore honetan, eta aurreko egunean ere, hemen izan genituen garbitasuneko langileak, emakumezkoak, maila sozioekonomiko apaleko langileak–, ea Administrazio publikoak benetan enplegu publiko hori bermatzeko zer ardura, zer erantzukizun, daukan. Edo Administrazio publikoaren eraginkortasuna termino ekonomikoetan bakarrik neurtu behar dugu? Ematen du baietz. Pribatizazio honek zenbat lanpostu galaraziko ditu? Zein izango dira gelditzen diren langileen lan baldintzak? Zeren hori ere albo-kalteak dira. Ematen du asumigarriak direla alde guztietatik, baina horretan ere pentsatu beharko dugu. Berez prekarioa den sektore batean, emakumezkoak nagusi dituena. Baina merkatuen harira egiten diren politika hauetan, pertsonen gainetik pasatzen gara, beste lehentasun batzuk markatzeko.

Azken batean, txosten honen edukia eta prozedura ikusita, guk behintzat hainbat ondorio atera daitezkeela uste dugu. Hau da, zergatik ez da planteatzen lehen aipatu dudana, sukalde bakarrera jotzea? Kalitatea handituz, kudeaketa hobetuz, nola ez; gainontzeko kostuen murrizketa planteatuz, suministro aldetik, energia aldetik. Baloratu da, edo baloratzeko asmoa dago? Eta kontestu honetatik kanpo ere plantea daitezke beste alternatiba batzuk.

Ez da planteatzen, inolaz ere, adibidez, enpresa publiko bat sortzea, ospitale guztiei jaten emango liekeena, bestelako egoitza, bestelako ikastetxeei ere zerbitzua eskaintzeko aukera emango lukeena? Enpresa publiko baten sorrera edo kooperatiba bat, babes publikoa izango lukeena, adibidez. Ez da halako beste alternatibarik baloratzen? Pribatizazioarena da kostuak murrizteko bide bakarra? Ez du ematen beste alternatibarik planteatuko duzuenik. Baina ez sinetsarazi beste alternatibarik ez dagoenik, zeren egon, badaude.

Eta ikusiko ditugu neurri honek, pribatizazioak, ekarriko dituen ondorioak. Ekonomikoak, lehenik eta behin itxaron beharko dugu Comptos Ganberak esango duen horretara. Ez litzateke lehenengo aldia zuek egiten dituzuen aurrezpen-kalkulu horiek zalantzan jartzen dituenekoa. Langileen aldetik, galduko diren lanpostuen aldetik eta langile horiek izango dituzten lan baldintzen aldetik, berehala ikusiko dugu, martxan jartzen denetik aurrera. Eta kalitatean ere ikusiko dugu. Ikusiko dugu kexa kopurua handitzen den edo ez, edo ikusiko dugu erabiltzaileen satisfakzioaren, kalitatearen bidetik baldin bagoaz, satisfakzio inkestak egiten baldin badira, hori ere ikusiko dugu.

Edozein modutan, ematen du halako neurriak joera eta ibilbide-orri jakin baten barruan kokatzen direla, eta bada pribatizazio joera hori oso garbi islatzen duen beste urrats bat. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señor Martín, por el Partido Popular, tiene la palabra.*

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, Consejera, por las explicaciones que hemos recibido en el tema de las cocinas del Complejo. Voy a intentar ser muy breve y conciso.*

En primer lugar, a nosotros nos parece razonable que si se está llevando a cabo un proceso de unificación de servicios en el Complejo Hospitalario de Navarra se lleve a cabo también o se plantee una unificación de las cocinas. También nos parece razonable y acertado que si se ha elaborado un estudio de costes en el proceso de unificación de las cocinas y externalizando el servicio se consigue una disminución del costo manteniendo la calidad, se lleve a cabo este cambio de gestión. En ningún momento pensamos que externalizar el servicio de cocina de un hospital público suponga, desde nuestro punto de vista, privatizar la sanidad pública. Esto se lo dice una persona que tiene experiencia en el tema, que ha trabajado en el hospital de Tudela desde hace veintiséis años y piensa seguir trabajando, y les puedo decir que el hospital de Tudela yo creo que aquí nadie puede considerar que sea un hospital que esté privatizado y, sin embargo, todo, excepto el personal sanitario y el administrativo, está externalizado, todo: cocina, cafetería, mantenimiento, lavandería, limpieza, quiosco de prensa, televisión de las habitaciones, seguridad y probablemente me deje algo. Y, desde luego, todos los servicios funcionan correctamente con unos costes comparativos con los de los otros hospitales de la red pública bastante inferiores. Las encuestas de calidad de la atención de los pacientes en Tudela están publicadas y no voy a insistir en ellas.

La calidad de los servicios externalizados hay que asegurarla con los correspondientes pliegos y cláusulas en los pliegos de contratación. Si analizamos los pliegos de contratación que han salido últimamente en la contratación de cocinas y cafetería de Tudela que ha mencionado la portavoz de Nafarroa Bai, podemos destacar lo siguiente: todo el proceso de elaboración de los menús está supervisado por la dirección del hospital y por las personas en quienes delega esta dirección, entre otros el servicio de medicina preventiva. No se puede asumir que el menor costo de las dietas del hospital de Tudela se deba a menor complejidad que en los hospitales de Pamplona, puesto que el enfermo que toma alimentación oral tiene la misma complejidad en Tudela que en Pamplona y están contempladas nada más y nada menos que treinta y tres dietas disponibles en los pliegos de contratación. Y todas las dietas se realizan y administran bajo prescripción facultativa desde el punto de vista cuantitativo, cualitativo y de frecuencia de las ingestas; está perfectamente planificado, por ejemplo, que la dieta de diabéticos tiene que tener cinco frecuencias en veinticuatro horas. Y obliga, claro que obliga, el pliego de contrataciones a tener personal dietista cualificado, y le obliga al adjudicatario, claro, pero la que tiene que vigilar que eso se cumpla es la dirección del hospital.

Por último, o por penúltimo, vemos también acertada la ubicación de las cocinas en el recinto hospitalario y vemos también acertado el sistema de concurso con concesión de obra pública para que la inversión la realice la empresa adjudicataria, tal y como lo hicimos durante mi época de director del hospital con la cafetería de personal del Hospital Reina Sofía, ya que si no hubiera sido así, todavía estaríamos sin ella.

Si el cambio en la gestión de las cocinas del hospital asegura una calidad del servicio de alimentación hospitalaria con una comida, tal y como viene en los pliegos de contratación de las cocinas del hospital, completa, equilibrada, terapéutica, variada, agradable y atractiva en su presentación, y además esto supone un importante ahorro de costes, cuestión importante que hay que tener en cuenta en la situación económica en la que nos encontramos, nosotros vemos factible y vemos acertado que se plantee un cambio en la gestión de las cocinas del hospital.

Y por último, nos sumamos a lo que han comentado los portavoces de Unión del Pueblo Navarro y del Partido Socialista de intentar, dentro de lo que legalmente sea posible, que pueda ser contemplada la contratación por parte de la empresa adjudicataria de las personas que trabajan actualmente en las cocinas y se pueden quedar sin trabajo al externalizar este servicio. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora De Simón, por Izquierda-Ezkerra.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Muchas gracias, señor Presidente. Gracias, señora Vera, por su exposición. La verdad es que ya hay antecedentes en Navarra respecto al proceso de externalización y privatización de cocinas: ya en el 80-81 se privatizó la cocina del Hospital de Navarra y fracasó; en el 2000 se privatizaron los pabellones con motivo de las obras, fue un auténtico desastre; hubo un proyecto de cocina en frío hace unos diez años, cuando el señor Calleja era el gerente de Salud, que no se llevó a cabo, y un grupo de expertos últimamente han considerado que al remodelar las cocinas lo mejor que se podía hacer era instalar el sistema de cocina en frío dadas sus múltiples ventajas. El inconveniente que vio este grupo en su día era el coste económico que suponía instalar este equipo y no era en un contexto de*

crisis como el que tenemos hoy, sino en un contexto de bonanza. En todo caso, si se evidencia, que desde mi punto de vista parece, es una intuición lógica, que el sistema en frío es el más adecuado, debería ser el sistema público el que lo asumiera.

En todo caso, quería hacer referencia a las condiciones actuales. Cabe resaltar que en las estructuras actuales aquí en Pamplona la higiene está perfectamente garantizada; hay un convenio con el Instituto de Salud Pública, se hacen diez muestras a la semana y no se muestran anomalías a pesar de la obsolescencia de los equipos, que todo el mundo reconoce.

En la visita que hicimos se pudo ver que la comida era de calidad y los procesos también, y parece que los menús son más económicos, aunque una vez más nuestros datos no coinciden con los que usted nos ofrece. Desde luego, desde nuestro punto de vista, es evidente que hay que remodelar las cocinas, quizá centralizándolas, quizá implementando el proceso de cocina en frío. Lo que, desde luego, no nos parece justificado de ninguna de las maneras es que esto se produzca por una externalización o privatización. ¿Y por qué? Nos parecería al menos prudente esperar a ver cómo se pronuncia la Cámara de Comptos; desde nuestro punto, de vista no es suficiente con el informe de 2004. Decía al menos prudente, no vaya a ser que luego nos pase lo que nos ha pasado en otras ocasiones en las que nos dan informes negativos. Y, desde nuestro punto de vista, los números que ustedes ofrecen, los números y el informe que ofrecía el señor Barea el 10 de octubre, y los nuevos datos que usted nos da no justifican en absoluto una privatización-externalización de las cocinas del Complejo Hospitalario.

Y decía esto porque el informe no es concluyente. La información, los datos, las valoraciones que contiene no son suficientes para decidir esta privatización. No hay evidencias científicas y el proceso metodológico, desde nuestro punto de vista, deja mucho que desear. Pondré algunos ejemplos, intentaré ser rápida, respecto a las conclusiones erróneas, algunas lagunas y algunas conclusiones no suficientemente justificadas.

La unificación de las cocinas no supone un edificio, dos, tres, cuatro o cinco. Son evidentes las ventajas del sistema en frío, pero, como decía la señora Ochoa, no se explica cómo se implantaría, cómo se realizarían las actuaciones necesarias y qué recursos serían necesarios. No se contemplan las valoraciones de los profesionales de nutrición, no se contemplan en el informe las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras si se diera este proceso de privatización, ni la recolocación o despido de los profesionales actuales. Nos parece imprescindible. Y no se considera el tipo de dietas, la variedad que existe hoy en el Complejo Hospitalario, así como los diferentes procesos que intervienen desde que se decide la dieta hasta que es consumida por el paciente.

Y mire usted, a mí me parece que comparar Tudela y Pamplona es imposible, no es comparable si no se analizan otras variables que son objeto de comparación: la población que recibe los servicios, las características de las dietas y los procesos de decisión. En el Hospital de Navarra y el Hospital Virgen del Camino aproximadamente se da de comer, cenar, merendar, etcétera a seiscientas noventa personas al día, hay seiscientos tipos de dieta y noventa dietas diarias especializadas. Las cifras que nos dan ustedes son macrocifras, cinco, seis, siete, cifras, y no nos explican ustedes de dónde salen; no es suficiente. Lo que me ha dejado perpleja es que este informe del día 10 de octubre sea lo que le ha llevado a usted a decidir la no convocatoria de las plazas de oferta pública de empleo porque me parece que científicamente no tiene validez.

Por lo tanto, no aceptamos de ninguna manera este informe. Sus datos y conclusiones no convencen, no está suficientemente justificado metodológicamente y ni siquiera hay evidencias científicas que recomienden la privatización o la externalización. En definitiva, desde mi lógica, desde la lógica de Izquierda-Ezkerra, las cocinas forman parte del tratamiento hospitalario y los profesionales han de formar parte del Servicio Navarro de Salud. ¿Cómo es posible considerar que una empresa privada va a asumir un coste tan elevado para instalar el sistema de cocina en frío, obtener beneficios de ello y mantener la calidad del servicio sin ninguna contrapartida? Me parece increíble.

Por otro lado, háganlo ustedes. Si para una empresa privada es rentable, para el sistema público, que no tiene que obtener ningún beneficio económico..., háganlo ustedes y háganlo ya. Y lo que les digo siempre, si fuera así, deberían ustedes aplicarse las medidas para su propio sistema. No puede ser más barato, a no ser que sea a costa de los trabajadores o a costa de la pérdida de calidad.

En definitiva, y se lo voy a decir tal y como lo entendemos, consideramos que esta decisión de privatizar las cocinas es un auténtico disparate. Es un ataque hacia el servicio público de salud, a la gestión pública, que no se rige por criterios de beneficios económicos, es evidente que se ha de precarizar el trabajo, se destruye un empleo público que hoy por hoy es valiosísimo y, desde luego, sin duda precariza el sistema sanitario. Ustedes tratan de ahorrar, desde nuestro punto de vista, a costa de lo que sea y como sea. Ustedes olvidan, parece, que gestionan el dinero de todos los contribuyentes, que, además, sanos o enfermos, nos solidarizamos en favor del bienestar general. Yo prefiero no estar

enferma y pagar lo que me toque y que el enfermo sea otro; lo siento, así de egoísta soy.

Estamos hablando de salud pública, de atención sanitaria de la ciudadanía. No se puede tratar esta cuestión desde un punto de vista estrictamente economicista y es más, ni siquiera encontramos signos de que esta privatización pueda suponer un ahorro. Por otro lado, yo les oigo hablar y parece que ha sido otro partido político el que ha gestionado la sanidad de esta comunidad en los últimos años.

Para terminar, yo les recomiendo que se lean, que seguro que lo conocen, el informe o la resolución europea a la que hacía referencia la señora Garaialde y quizá deberían formar, espero que no lo consideren un insulto, a sus gerentes de los hospitales para que no consideren la cocina un servicio hostelero. Y termino, privatizar, externalizar la cocina, como les decía, es un auténtico disparate. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Consejera tiene la palabra para la réplica.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, voy a comenzar recordando un párrafo que he leído antes porque no sé si ha quedado suficientemente claro que consideramos que la nutrición es parte importantísima en la recuperación de nuestros enfermos. La calidad en la prestación global del servicio de alimentación incide de forma significativa tanto en la reducción del tiempo de estancia de los pacientes ingresados si la nutrición es la adecuada como por su calidad y composición en el prestigio de la propia imagen de la institución sanitaria. Partiendo de esto hemos seguido trabajando o analizando las cosas tratando de que el servicio fuese a mejor; no sé si al menos en eso estamos todos de acuerdo o no estamos.*

Yo no sé si cuando hablamos de recortes estamos hablando de recortes en el servicio o de recortes porque suponen un ahorro para todos o qué es un recorte; yo entiendo que cuando se habla de recorte por parte de la Administración hablamos de algo negativo porque va a incidir negativamente en nuestros ciudadanos. Es que esto no incide negativamente en nuestros ciudadanos; al revés, vamos a mejorar la calidad del servicio que estamos prestando ahora, por lo tanto, yo no lo calificaría como un recorte.

Respecto al informe de noviembre al que hacen referencia, efectivamente, era un informe preliminar que utilizamos para paralizar la convocatoria de las plazas de la oposición, y, al igual que ha ocurrido en el caso que nos ha ocupado anteriormente de la centralización de laboratorios, hemos estado trabajando estos meses para concretar los detalles o para analizar de forma más detenida las distintas opciones que nos llevaran a tomar una decisión al final. De hecho, entre las cifras que hoy hemos dado y el informe que finalmente se ha realizado en estos últimos días de enero y en el cual nos hemos basado para acudir hoy a esta comparecencia, y ese informe de noviembre hay diferencias en algunas cosas, porque aquello era un informe preliminar. También es cierto que en aquel informe se hablaba de los distintos sistemas de cocina y no se hacía referencia a cuál es el que podía ser el escogido, si era el de cocina en frío totalmente o parcial o si iba a ser en una cocina construida dentro del recinto hospitalario, del Complejo Hospitalario o iba a ser fuera, de hecho, había muchas afirmaciones, a las cuales se ha referido la señora Fernández de Garaialde, que estaban basadas en la idea de una cocina fuera del Complejo Hospitalario de Navarra y, por tanto, dentro del complejo era únicamente necesario que hubiera un office *para la retermalización y que estuvieran los carros para el reparto de las comidas y esa retermalización, y no para realizar el cocinado de los alimentos, que iba a estar fuera. Pero esa no es la opción, la opción es la que les hemos contado hoy y como se la hemos contado hoy.*

En cuanto a la complejidad de los hospitales de Tudela y de Pamplona, yo creo que, efectivamente, puede que haya especialidades médicas que no haya en el hospital de Tudela y que, por lo tanto, los pacientes en todos los casos no sean exactamente iguales. En cualquier caso, esas seiscientas dietas a las que hacía usted referencia creo que no son tantas las que tiene el Complejo Hospitalario de Navarra. Y lo que vamos a garantizar en el concurso es que todas las dietas necesarias para la recuperación de todos los pacientes que puedan estar ingresados en el hospital, obviamente, van a estar presentes. En cualquier caso, el control de esas dietas y la elaboración de esas dietas correrá a cargo de los responsables médicos del servicio de dietistas y nutricionistas del hospital.

También se han hecho referencias a las condiciones del pliego del hospital de Tudela que probablemente puedan diferir de las que nosotros vayamos a desarrollar para el Complejo Hospitalario de Navarra.

Me gustaría también, respecto a las condiciones laborales y los temas de personal, hacer un inciso y ser un poquito más profusa en mis explicaciones de lo que he sido en la intervención inicial. Respecto a las condiciones laborales, yo creo que con la nueva tecnología de cocinado en frío, al separar el proceso de elaboración de dietas y el emplatado del de retermalización y distribución van a mejorar las condiciones laborales de los trabajadores del servicio de cocina de una forma sustancial. Se van a eliminar los turnos intempestivos de tardes y festivos, ya que la jornada semanal se

puede delimitar de lunes a viernes en un solo turno de mañana, por ejemplo. La producción y el emplatado se planifican con la suficiente antelación para eliminar los picos de trabajo, se elimina la actividad contrarreloj que a veces se produce por llegar a tiempo y dar un excelente servicio, como de hecho en estos momentos se está produciendo. Los trabajadores tendrán acceso a un proceso de formación y adaptación a las nuevas tecnologías y formas de trabajo, con lo que su nivel de cualificación y especialización creemos que va mejorar.

Es de esperar que estas nuevas condiciones laborales repercutan también en un menor índice de absentismo. Actualmente, en el año 2012, el índice del absentismo en el Complejo Hospitalario de Navarra ha llegado a alcanzar cifras de dos dígitos, mientras que la media en el sector de restauración es más o menos la mitad de las cifras que tenemos nosotros.

Respecto a los puestos de trabajo, en el servicio de cocina del Complejo Hospitalario de Navarra actualmente trabajan doscientas cuatro personas; sesenta y tres se corresponden con plazas fijas y el resto, ciento cuarenta y un puestos de trabajo, tiene un contrato eventual. El coste de todo este personal en 2011 ascendió a 6.356.946 euros. La nueva cocina de tecnología en frío proporciona una mejora sustancial de la productividad y en consecuencia está suponiendo una gran revolución en el mundo de la restauración para colectividades, similar a lo que en su momento supuso la introducción de fabricación en cadena en la industria o de las cosechadoras en el mundo de la agricultura. Es decir, con la nueva tecnología es posible producir más comidas, de mejor calidad, con menos mermas y con menos personal. Y este es el aspecto menos positivo que tiene este proyecto, el impacto en el empleo. Sin embargo, señorías, yo creo que no podemos renunciar al progreso tecnológico porque lo que hoy nos parece un problema, y es un problema, mañana puede significar el cese total de la actividad. Necesariamente, debemos adaptarnos a los cambios que el desarrollo de la sociedad moderna en la que vivimos nos depara. Dada la alternativa que se plantea, el servicio de cocina en frío y externalizado, en este momento no podemos establecer con precisión la plantilla necesaria, pues depende de la organización y concreción de la tecnología en frío que finalmente realice la empresa adjudicataria del servicio. No obstante, cabe prever que la plantilla final será sensiblemente más reducida que la actual. Por otra parte, hay que destacar que tanto los médicos nutricionistas como los dietistas seguirán siendo de la plantilla del Servicio Navarro de Salud.

Con el fin de minimizar el impacto en los puestos de trabajo, vamos a plantear las siguientes medidas. Respecto al personal fijo adscrito actualmente al servicio de cocinas, este podrá optar a ocupar las plazas vacantes de su mismo nivel en el Servicio Navarro de Salud o, en su caso, del resto de la Aadministración foral. Alternativamente y de forma voluntaria podrá seguir trabajando en el servicio de cocina externalizado del Complejo Hospitalario de Navarra en régimen de excedencia por servicios especiales. Para ello, hay que considerar que conforme a la disposición adicional decimosexta del Decreto Foral Legislativo 251/93 de 30 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, y en consonancia con lo dispuesto en el artículo 72 de la Ley Foral 10/90, de 23 de noviembre, de Salud, el personal del Servicio Navarro de Salud podrá ser declarado en situación de servicios especiales en los términos que reglamentariamente se determinen cuando pase a prestar servicios concertados con las Administraciones Públicas de conformidad con alguno de los supuestos previstos en la Ley Foral de Contratos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. Las personas que opten por esta alternativa conservarán sus niveles retributivos actuales. Otra opción será que las personas que actualmente tienen contrato temporal podrán optar en su caso a las plazas que la empresa adjudicataria necesite para la prestación del servicio; en este sentido, desde un punto de vista jurídico, no podemos valorar en el pliego de contratación la contratación de estas personas, pero desde luego sí que nos comprometemos a valorarla desde un punto de vista político. El propio Departamento de Salud verá con buenos ojos que las empresas licitadoras adquieran compromisos de recolocación de este personal. También es preciso recordar la preferencia en las listas de contratación para sustituciones del Servicio Navarro de Salud de las personas mayores de cincuenta y cinco años o con más de quince años de antigüedad en las listas. En consecuencia, el personal fijo adscrito actualmente a cocina podrá voluntariamente pasar a prestar sus servicios en la empresa adjudicataria del servicio manteniendo las condiciones laborales especificadas para la situación de servicios especiales y conservando su derecho a reintegrarse al Servicio Navarro de Salud en el momento que lo desee. Las personas que no pasen a la situación de servicios especiales podrán ser recolocadas, bien en las treinta y cinco plazas correspondientes a la oferta pública de empleo de 2009, que también fueron anuladas, o bien en otras plazas del mismo nivel en el conjunto del Gobierno de Navarra. Esto respecto al personal.

Respecto a las condiciones técnicas de las cocinas actuales, a las que también se ha hecho referencia, solamente poner en su consideración que las cocinas están consideradas como un recin-

to de riesgo alto por el Código Técnico de Edificación, que en el Hospital de Navarra, como les he dicho en mi primera intervención, están debajo de los quirófanos, y que imagino que coincidirán en que es un riesgo importante y en un caso de siniestro tendría un impacto muy importante no solo en la actividad asistencial sino también económicamente por el coste que tienen los quirófanos. Que yo sepa, ha habido dos incendios en la cocina, uno en el 75, y otro en el 81, y por eso creemos que extremar las condiciones de seguridad puede ser algo positivo. Unas cocinas modernas se diseñan de forma que el circuito que siguen los alimentos no se cruza en ningún momento con los desperdicios ni con la vajilla utilizada. Esto, dado que las cocinas han sufrido en el tiempo sucesivas reformas y ampliaciones, ahora mismo no se puede garantizar en nuestras cocinas. Se toman medidas como que mover la basura no coincida con la recepción de alimentos, pero ello no evita un riesgo y creo que es un punto crítico de contaminación que debemos tratar de solucionar.

Se ha hablado de cuáles pueden ser las mejoras que puede aportar esa cocina en frío o cuáles son los inconvenientes que tiene el sistema actual, si está dando un servicio de calidad, y ustedes lo vieron en su visita a las cocinas del recinto hospitalario. El sistema actual tiene algunos inconvenientes porque aunque se haya manifestado lo contrario, hay un mayor riesgo higiénico debido sobre todo a las excesivas manipulaciones de los alimentos a temperatura ambiente y al difícil cumplimiento del sistema de análisis de riesgos y control de puntos críticos; tiene menor calidad organoléptica pues al mantener los alimentos en caliente los aromas se pierden y los alimentos se resecan; tiene menor calidad nutricional porque las vitaminas se destruyen mientras se mantienen los alimentos calientes; los alimentos pueden llegar al paciente por debajo de la temperatura de los sesenta y cinco grados, que es la temperatura de servicio, con lo que tiene un riesgo higiénico y disminuye también su calidad; se precisa una gran plantilla; la producción y el emplatado, sobre todo este último, suelen hacerse, como decía antes, a contrarreloj para poder dar el servicio puntualmente, y este sistema, además, está en creciente desuso en todos los hospitales europeos; además tiene elevados costes de seguridad de las instalaciones, gas, incendios, edificaciones... En fin, que tiene una serie de inconvenientes que de alguna manera pretendemos compensar con las ventajas que tiene un sistema de frío, porque al producir en cadena en frío se trabaja con normas que permiten, a partir de una planificación exhaustiva, un mayor control de los costes de materia prima y mano de obra. La producción en cadena fría garantiza la calidad nutritiva, organoléptica e higiénica de los alimentos; se precisa una sola plantilla para el emplatado, que se reduce al turno de mañana; hay también eliminación de los turnos intempestivos en festivos, ya que la jornada semanal se limita de lunes a viernes; la producción y el emplatado se planifican con la suficiente antelación para eliminar los picos de trabajo; y así, sucesivas ventajas que tiene el sistema y que nosotros hemos podido documentar.

Para ir terminando esta intervención, me gustaría preguntar algo. Se han vertido aquí ciertas acusaciones sobre intereses de quien va a resultar adjudicatario, pues digan el interés de quién estamos defendiendo, si estamos defendiendo el interés de alguien en particular, porque me parece que son acusaciones suficientemente duras y graves para que se realicen y queden aquí en el limbo sin ser respondidas. Me gustaría que si hay una acusación, que la vierta y si no, que la retire porque está dudando de la profesionalidad de todas las personas que han realizado este análisis y que han sacado estas conclusiones.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Yo, perdone, no he dudado del trabajo realizado, ¿eh?*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Señora Fernández de Garaialde, no tiene la palabra, por favor.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Y ya por último, efectivamente, esto se podría realizar con empresas públicas y si retrocedemos un poco más en la cadena, también quien cultiva las patatas o quien fabrica los yogures podría ser una empresa pública. Estamos en un sistema de libre mercado y hay actividades en las que determinadas empresas privadas están más especializadas en prestar ese servicio y creo que lo pueden hacer perfectamente. Nada más. Muchas gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias, señora Consejera. Agradezco también la presencia de su equipo directivo y no habiendo más asuntos que tratar, gracias por el trabajo realizado a lo largo de la mañana, y se levanta la sesión.*

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 20 minutos)

Traducción al castellano de las intervenciones en vascuence:

(1) Viene de pág. 12.

SRA. RUIZ JASO: *Buenos días a todos. Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señora Consejera, por la extensa y pormenorizada explicación que nos ha dado.*

Como usted ha dicho, la semana pasada estuvieron aquí los trabajadores del laboratorio de Tudela, y me ha sorprendido la manera en que usted ha restado valor a lo que ellos expusieron aquí. A mí me parece que nos ofrecieron unas explicaciones significativas. Aquí hay quien interpreta que fue una manipulación, que aquella intervención tuvo un carácter político, pero según quién dé aquí los datos y según qué intereses tenga al darlos… También aquí hemos hablado de la manipulación de datos, y no precisamente por parte de los trabajadores, sino por parte del Departamento de Salud, y eso no lo decimos nosotros, sino la Cámara de Comptos.

Para comenzar, yo creo que esa unificación de laboratorios se produce en un contexto determinado. Debemos situarla en el contexto de los recortes que se están practicando en el sector público, y también en el sector de la sanidad –y aquí estamos hablando de la sanidad–. Así pues, bajo el pretexto de la eficiencia… Me parece que no voy a utilizar la palabra "pretexto". Esta es una medida que se incluye entre las que se toman en aras a la eficiencia.

A nosotros no nos parece que ese tipo de medidas supongan una apuesta por el sistema público de salud –está también presente la propensión a la privatización, y ya hablaremos luego de las cocinas–, y es cierto que, desde ese punto de vista, en la unificación de las compras –y luego hablaremos de ello– ya hay de dónde ahorrar y ya hay capítulos en los que incidir para obtener un mayor grado de eficiencia, sin entrar en los riesgos que pueden derivarse de esto. Pero, en cualquier caso, a nosotros nos parece que el criterio que se termina imponiendo aquí es un criterio economicista, y que de ninguna manera apuesta por la calidad.

Nosotros tenemos cuatro preocupaciones principales. Por una parte, el procedimiento empleado para adoptar esta medida. Ustedes han dicho que han tenido a un equipo trabajando en esto, que ustedes han trabajado con los jefes de servicio, o que han sido los jefes de servicio quienes han hecho este trabajo, pero cuando tuvimos aquí a los trabajadores, y por la información que hemos recibido nosotros también de los sindicatos, parece ser que no se ha contado para nada con los trabajadores implicados, que su intervención ha sido insignificante, que no se ha contrastado ni con la junta de personal ni con la mesa sectorial. Esto tampoco es nuevo, y no concuerda con ese talante que ustedes plantean, o con ese consenso o disposición al diálogo que ustedes plantean. Los trabajadores denuncian lo mismo en relación con el tema de las cocinas: que no se ha hablado con ellos, que no se ha contrastado con ellos. Y eso, como procedimiento, nos parece grave.

La segunda preocupación sería la repercusión en los trabajadores. Aquí, escuchándoles a ustedes, da la impresión de que, también para los trabajadores, lo que se va a conseguir son todo ventajas. Perdonen, pero yo no me lo creo. ¿Qué ventajas van a obtener con esto los trabajadores? Ya en la oferta pública de empleo se suprimieron 12 plazas; eso, para empezar. Si la actividad va a bajar un 50 por ciento en los dos hospitales, ¿se va a funcionar con el mismo personal, con el mismo número de trabajadores, reduciéndose la actividad en un 50 por ciento? ¿Quién se cree eso? Parece que nos toman ustedes por tontos, o que toman por tontos a los trabajadores. Los trabajadores están preocupados, y es lógico. Si se va a hacer la mitad del trabajo que se hacía, pensarán, lógicamente, que con la mitad de trabajadores bastará. ¿O no? Todos los trabajadores. Pues ya veremos, porque tendremos oportunidad de verlo más adelante.

Traslados. El tema se ha planteado aquí. A mí me parece también bastante frívolo decir que casi habría que estar agradecidos, si el traslado fuese la única cuestión o el único perjuicio que les supondría a los trabajadores. Tendrán que estar agradecidos si se mantiene el puesto de trabajo. Por favor, seamos más serios.

Otra preocupación sería la de la calidad de la asistencia. También en este capítulo va a haber más prestaciones, una prestación mejor, una mejora de la calidad… Todo ventajas. Bueno, está por ver. El informe al que se ha referido la señora Fernández de Garaialde no es…

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Guarden silencio, por favor.*

SRA. RUIZ JASO: *Sí, es que me distraen un poco. Gracias. El informe al que se ha referido la señora Fernández de Garaialde no es nuevo. De hecho, los países más avanzados de Europa están evitando las unificaciones de laboratorios, que no se dan en distancias superiores a 50-60 kilómetros. Por ejemplo, en el Estado español, ha mencionado usted el caso de Madrid, con ese ahorro que consiguen, pero ni siquiera en Madrid existe una distancia de 60 kilómetros desde el laborato-*

rio centralizado. Por tanto, también eso merece un análisis.

Conque no va a repercutir en la calidad. Los trabajadores nos plantearon aquí una serie de preocupaciones. Usted ha dicho que mostraron pocos conocimientos sobre su trabajo. ¿Pero de verdad garantizan ustedes que los resultados no se van a retrasar? ¿Garantizan ustedes que la fiabilidad de las muestras no se va a resentir? Uno de los datos que nos dieron ellos aquí fue que el 80 por ciento de los errores que se producen en el análisis de esas muestras era atribuible a la manipulación de esas mismas muestras. La robotización, como usted dice, podría incrementar esa fiabilidad, pero hay que tener en cuenta que media también esa manipulación, y la realización del viaje; y el 80 por ciento de los errores se produce en esa fase. ¿Garantizan ustedes que esa fiabilidad va a ser aún mejor y que no va a repercutir en los diagnósticos? ¿Están ustedes en posición de garantizar eso en este momento, o vamos a tener que esperar a ver qué pasa y a que tanto los profesionales afectados como ustedes mismos hagan el correspondiente seguimiento, para luego extraer conclusiones? No sé; por lo menos, es algo que plantea dudas.

Y luego, otra preocupación es la falta de planificación. Aquí se planteó también otra cuestión el día pasado. El Hospital de Tudela, por ejemplo, se renovó hace dos años, la inversión que se hizo allí fue superior al medio millón, y ahora su actividad se va a ver reducida en un 50 por ciento. Por tanto, no parece que esta política responda a esa cuidadosa planificación.

Y otra preocupación. Si en Navarra queremos hospitales de referencia, y si el de Tudela atiende a cien mil personas, normalmente en los hospitales de referencia se debería tender a aumentar las prestaciones, y no a reducirlas. También eso nos parece bastante significativo.

Y termino con una última cuestión. El hipotético ahorro del que ustedes informan, de alrededor de 6-8 millones, siempre según el cálculo de costes que ustedes hacen, nos provoca dudas. Por ejemplo, el dato que ustedes facilitan en relación con el coste per capita habla de que el servicio de laboratorio cuesta 46,6 a cada navarro, y en Madrid, 17 euros. En Madrid no sé, no hay trabajadores, no hay reactivos. Esa disparidad es muy llamativa. Para empezar, no me parece –y seguramente no será así– que el cálculo de costes se haya hecho de la misma manera. Yo, al menos, no lo puedo entender. Y ya sabemos en qué proceso nos encontramos en el cálculo de costes; así pues, tal vez no los datos facilitados por los trabajadores, pero tampoco los que dan ustedes. Nosotros los hemos puesto en duda, e insisto en que no somos los únicos en cuestionarlos.

En cualquier caso, lo que me llama la atención es que, de esa cifra que ha dado usted, de esa cantidad per capita, aproximadamente la mitad corresponde a los trabajadores, son gastos de personal, y la otra mitad corresponde al coste de los reactivos. Si unificando las compras –y en esto tengo que estar de acuerdo con el portavoz del PSN– el ahorro principal que se va a obtener va a ser de 6-8 millones, ¿cuánto corresponde a la unificación de las compras? También esa puede ser una medida de ahorro adecuada. Dicen ustedes que no va a repercutir en los trabajadores, es decir, que no se van a recortar puestos de trabajo. Por tanto, ¿el capítulo correspondiente al personal, es decir, ese 50 por ciento, ese dinero no se recorta? Si no repercute en los trabajadores, es que no se recorta ese capítulo. Entonces, ¿de dónde proviene el recorte? ¿Únicamente de centralizar las compras? Entonces, ¿para qué hace falta la unificación? Eso sí que me gustaría que se explicase. Si no se va a suprimir puestos de trabajo, y si aproximadamente 23 euros de 46 correspondían a gastos de personal, esa cantidad se va a mantener. Así pues, ¿a qué se atribuye esa rebaja de 11 euros? ¿Únicamente a la unificación de las compras? La unificación de las compras puede hacerse también sin unificar los laboratorios, ¿verdad? Me gustaría que me aclarase eso un poco, porque no me ha quedado claro.

Seguimos con dudas. Nada más. Muchas gracias.

(2) Viene de pág. 26.

SRA. RUIZ JASO: *Buenos días de nuevo a todos. Para empezar, y por aclarar la cuestión, el planteamiento que ustedes hacen comprende tres iniciativas principales: por una parte, la unificación de las tres cocinas; en segundo lugar, la modificación de la cadena de producción, con el paso a la producción en cadena fría; y, en tercer lugar, la privatización. Ustedes pretenden vendérnoslo todo en el mismo lote. Y, al menos en el informe que se redactó inicialmente, en el informe del 10 de octubre, ustedes lo plantean todo dentro del mismo kit. Lo que se explica es el tipo de consecuencias o, principalmente, el tipo de ventajas que se derivarían de la implantación de estas medidas en su conjunto, pero sin tener en cuenta el ahorro y las consecuencias que se derivarían por separado de cada una de esas tres iniciativas. Todo en un mismo kit.*

Y, tal y como ha dicho la portavoz de NaBai, para nosotros la más preocupante de esas tres iniciativas es la privatización. También nosotros consideramos que se emprende la senda de la privatización partiendo de una visión económica, y que existe también otro tipo de intereses. En el primer punto, en el caso de los laboratorios, usted nos ha planteado que no van a emprender esa vía, que no van a emprender la vía de la privatización, pero sí, claramente, en las cocinas, utilizando el eufemismo de la externalización; que, en este caso, en teoría no supone más que ventajas por todas partes: en calidad, en seguridad, en medidas de higiene, en economía… Pero todas esas ventajas, y no dudo de que la unificación de las cocinas o la modificación de la cadena de producción proporcionarán alguna de ellas… ¿qué ventaja va a suponer la privatización, si no es ese hipotético ahorro económico que ustedes plantean? Eso es lo que se echa de menos.

La situación de algún trabajador puede verse afectada, pero eso es algo asumible como daño colateral. Lo relativo al límite de déficit y demás, en definitiva, es también asumible en el marco de los recortes que tiene que hacer el Departamento de Salud.

Cuando leímos el informe, nos surgió una primera duda, que consiste en que el único argumento y soporte para optar por la privatización es el estudio que ustedes han hecho aquí. Este estudio está firmado, si no me equivoco, el 10 de octubre, pero usted ya anunció esta misma medida a finales de septiembre. Así pues, da la impresión de que, al igual que en otros casos, y esta es la primera duda que nos surge, al final los informes se hacen al objeto de justificar decisiones tomadas con anterioridad. Y no es la primera vez que ocurre eso. Así pues, esa es, para empezar, la primera duda; pero igual es que somos unos malpensados.

Si abordamos el contenido del informe, también vemos agujeros negros. Para empezar, y como hemos visto en el caso de los laboratorios, es llamativo que en el informe se omita toda referencia a los profesionales que trabajan en dietética y nutrición. No se hace ninguna mención, y eso también es preocupante. Si se valora todo y se recoge información, vemos que ahí hay muchas tablas económicas y tablas repletas de datos, pero no hay una sola referencia a los profesionales mismos. Y una idea que ha salido aquí: si la alimentación es una parte importante del tratamiento de los pacientes, el parecer de los profesionales tendrá que ser tenido en cuenta. Tenemos también esa duda.

Es también significativo que no se hace ningún intento de buscar otro tipo de alternativas a la situación actual. Por ejemplo, las ventajas que supondría el funcionamiento con una única cocina; es decir, con simplemente unificar las cocinas. Pero no se valora la alternativa que supondría esa medida aislada –es decir, sin formar parte del lote completo–. El informe, en vez de estudiar esas posibilidades, recoge las ventajas que se derivarían de la privatización del servicio. Ese es el objetivo principal del informe: reflejar desde todos los ángulos las ventajas de la privatización.

En cuanto al ahorro económico que puede haber, se hace alguna comparación, y usted se ha referido a ella, ¿verdad? Según el informe elaborado por la Cámara de Comptos en 2004, se decía que en el Hospital de Tudela el coste unitario del servicio en 2004 era de 12,6; en 2011, de 19,6. En el propio Hospital de Tudela, el incremento que se ha producido en esos siete años ha sido del 55 por ciento. Más del 7 por ciento. ¿Es ese el incremento anual que va a suponer la privatización? Un incremento del 55 por ciento en siete años. Y son datos de la Cámara de Comptos. Eso también es como para pensárselo, ¿no? Para que también los datos que se dan ahora sean analizados de aquí a unos años.

El informe menciona también los aspectos sociolaborales, pero también en eso va a suponer ventajas, cómo no, debido a la alta tasa de absentismo que, según afirma el informe, se da entre el personal de cocinas.

Otra de las ventajas de la privatización del servicio es que ese gasto extra –motivado por el absentismo– lo asumiría la empresa privada. Lo que no sabemos es si ese absentismo realmente es tan alto, de qué manera se ha gestionado, a qué motivos puede responder si es así, qué tipo de respuesta se le va a dar, o si hasta la fecha se ha elaborado o estudiado algún plan de mejora. Pero eso es un cometido que corresponde a la dirección de recursos humanos. De cualquier modo, nos parece que en estos momentos el absentismo se ha

convertido en el principal fantasma que agitan las políticas neoliberales para justificar una serie de recortes, y eso también nos parece preocupante.

Si de lo que se trata es de recortar costes, ¿por qué no se plantea reducir el número de jefaturas actualmente existente? Y es que lo que se ha hecho nos parece muy tímido. También por esa vertiente se pueden reducir los costes.

En cualquier caso, y centrándonos en los trabajadores, nos parece que todavía está por debatir qué responsabilidad tiene la Administración pública a la hora de garantizar el empleo público en relación con los sectores más vulnerables, los constituidos por quienes tienen dificultades para obtener y conservar su empleo en el mercado –a propósito de estos sectores, el día pasado tuvimos aquí a las trabajadoras de la limpieza, que son mujeres trabajadoras de un nivel socioeconómico humilde–. ¿O es que vamos a medir la eficiencia de la Administración pública únicamente en términos económicos? Parece ser que sí. ¿Cuántos puestos de trabajo se van a perder como consecuencia de esta privatización? ¿Cuáles serán las condiciones laborales de los trabajadores que queden? Porque también eso forma parte de los daños colaterales. Da la impresión de que son asumibles por todas las partes, pero también vamos a tener que pensar en eso. Se trata de un sector que es de por sí precario, en el que predominan las mujeres. Pero en estas políticas que se practican al hilo del mercado, pasamos por encima de las personas para marcar otras prioridades.

En vista del contenido y del procedimiento de este informe, al menos nosotros pensamos que se puede llegar a una serie de conclusiones. Es decir, ¿por qué no se plantea lo que he mencionado antes en relación con el establecimiento de una cocina unificada? Cómo no, aumentando la calidad, mejorando la gestión; planteando la reducción de los demás costes, en el capítulo del suministro, de la energía. ¿Se ha valorado esto, o existe la intención de valorarlo? Y también se pueden plantear otras alternativas fuera de este contexto.

Por ejemplo, ¿no se plantea de ninguna manera la creación de una empresa pública encargada de la elaboración de las comidas de todos los hospitales, y que también permitiría ofertar este servicio al resto de residencias y centros educativos? Crear una empresa pública o una cooperativa, por ejemplo, que contara con respaldo público. ¿No se está valorando ninguna otra alternativa de ese tipo? ¿La privatización es la única manera de reducir costes? No parece que ustedes vayan a plantear más alternativas. Pero no nos hagan creer que no existen otras alternativas, porque haberlas sí que las hay.

Y ya veremos las consecuencias que va a provocar esa medida, la privatización. En cuanto a las económicas, ante todo tendremos que esperar a lo que diga la Cámara de Comptos. No sería la primera vez que pusiera en duda esos cálculos de ahorro que ustedes hacen. Desde el punto de vista de los trabajadores, de los puestos de trabajo que se van a perder y de las condiciones laborales que van a tener esos trabajadores, enseguida lo veremos, desde que se ponga en marcha. Y también lo percibiremos en la calidad. Ya veremos si el número de quejas aumenta o no, y lo veremos también desde el punto de vista de la satisfacción de los usuarios, desde el punto de vista de la calidad, si es que se hacen encuestas de satisfacción. Eso también lo veremos.

En cualquier caso, da la impresión de que ese tipo de medidas se sitúan en el marco de una determinada corriente u hoja de ruta, y ello constituye otro paso que refleja muy claramente esa tendencia a la privatización. Muchas gracias.