DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura | Pamplona, 27 de marzo de 2012 | NÚM. 11

COMISIÓN DE SALUD

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

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 27 DE MARZO DE 2012

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las medidas adoptadas en relación con la reorganización de consultorios y sobre la reorganización del Servicio de Urgencias Rurales.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre el mantenimiento en los presupuestos de las mismas cantidades para derivaciones.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre los pasos realizados para la creación de la entidad pública Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra y establecer la organización de la Red Transfusional de Células y de Tejidos Humanos.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 10 horas y 7 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las medidas adoptadas en relación con la reorganización de consultorios y sobre la reorganización del Servicio de Urgencias Rurales (Pág. 2).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia toma la palabra la señora Ruiz Jaso (GP Bildu-Nafarroa) (Pág. 2).

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

En el turno de intervenciones de los grupos parlamentarios toman la palabra la señora Ruiz Jaso, el señor Pérez Prados (GP Unión del Pueblo Navarro), las señoras Ochoa Canela (GP Socialistas de Navarra) y Fernández de Garaialde y Lazkano Sala (GP Nafarroa Bai), el señor Martín de Marcos (GP Popular del Parlamento de Navarra) y la señora De Simón Caballero (GP Izquierda-Ezkerra), a quienes contesta, conjuntamente, la Consejera (Pág. 6).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre el mantenimiento en los presupuestos de las mismas cantidades para derivaciones (Pág. 12).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia interviene la señora Fernández de Garaialde y Lazkano Sala (Pág. 13).

Seguidamente toma la palabra la Consejera de Salud, señora Vera Janín (Pág. 13).

En el 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 contesta, conjuntamente, la Consejera (Pág. 14).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre los pasos realizados para la creación de la entidad pública Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra y establecer la organización de la Red Transfusional de Células y de Tejidos Humanos (Pág. 21).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia toma la palabra la señora Fernández de Garaialde y Lazkano Salda (Pág. 21).

A continuación interviene la Consejera de Salud, señora Vera Janín (Pág. 21).

En el turno de intervenciones de los grupos parlamentarios toman la palabra la señora Fernández de Garaialde y Lazkano Sala, el señor Pérez Prados, la señora Ruiz Jaso y el señor Martín de Marcos, a quienes contesta, conjuntamente, la Consejera (Pág. 24).

Se levanta la sesión a las 13 horas y 6 minutos.

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

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las medidas adoptadas en relación con la reorganización de consultorios y sobre la reorganización del Servicio de Urgencias Rurales.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Buenos días, señoras y señores Parlamentarios. Damos inicio a la Comisión de Salud, ante la que comparece la señora Consejera, doña Marta Vera, que viene acompañada de la Jefa de Gabinete, Marta Borruel, de la Directora General de Salud, María Cristina Ibarrola, y del Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud, Ángel Sanz Barea. En el orden del día figuraban cuatro puntos, se han unido los dos primeros, los dos han sido solicitados por Bildu, para que se informe sobre las medidas adoptadas en relación con la reorganización de consultorios y sobre la reorganización del Servicio de Urgencias Rurales. Señora Ruiz Jaso, tiene la palabra.*

SRA. RUIZ JASO (1): *Egun on guztioi eta mila esker, Presidente jauna. Ongi etorri, Kontseilari andrea eta bere laguntzaileak.*

---

(1) Traducción en pág. 29.

Guk eskaera hau urtarrilaren erdialdean egin genuen, pentsatuz irailaren 28an jada aurreikusitako edo iragarritako neurrien artean planteatzen ziren bi alderdi hauen planak gutsienez egiten hasiak izango zirela. Irailaren 28an, aurrekontua murriztearen kontestuan, batzuk 2011n bertan eta beste batzuk 2012tik aurrera martsan jartzeko neurrien artean, antolaketa neurri batzuk planteatzen ziren, hobekuntza moduan iragarri zirenak.

Horietatik bat nekazaritza eremuko urgentzia zerbitzuaren berrantolaketa zen, eta bertan planteatzen zenutena zen funtzionamendua optimizatzearen helburua izango zuela berrantolaketa horrek, egungo beharretara egokituz.

Eta bigarren neurria, eta horren inguruan ere informazioa eskatzen genuen agerraldi honetan, kontsultorioen berrantolaketa plana izango litzateke. Bertan aipatzen zenuten kontsultorioen kontzentrazioa abian jarriko zenutela, asistentzia-aktibitate baxua zuten zentroen kasuan nolabait beste kontsultorio batzuetara bideratzeko aukera planteatuz, asistentzia-kalitatean inolako eraginik izan gabe.

Beraz, horren inguruko informazioa eskatu dugu agerraldi honetan. Martsoaren amaieran gaude jada, eta momentu honetan baditugu hainbat zalantza. Prentsaren bidez ari gara jakiten behintzat informazioaren atal bat, asistentzia-ereduaren aldaketaren inguruko informazio partziala behintzat; tartean agertzen da, edo behintzat prentsan irakurri ahal izan dugunez, nekazaritza-eremuko urgentzien zerbitzuaren berrantolaketa, eta dakigun horrek nahiko kezkatuta utzi gaitu, bai formen aldetik eta baita edukiaren aldetik ere. Formen aldetik, beste behin prentsaren bidez jakiten ditugulako gauzak hemen jakin baino lehen, mahai sektorialean ere ez delako ezer ere hitz egin honen inguruan. Eta fondoan, gutsienez orain arte ikusi ahal izan dugunaren arabera, optimizazioaren itzalpean berriz ere zantzu kezkagarria hartzen diogu zerbitzuen murrizketa egon daitekeelakoan eta asistentzian. Berriz ere aipatzen da kalitatean ez duela eraginik izango, baina gu behintzat zalantza eta kezka horrekin gaude.

Beraz, espero dezagun orain emango diguzun azalpena argigarria izatea. Mila esker.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Buenos días, señorías. Vamos a ver si vamos al fondo de la cuestión. La atención sanitaria continuada y urgente en el ámbito rural fuera del horario ordinario de funcionamiento de los centros de salud se encuentra regulada por el Decreto Foral 351/92, de 2 de noviembre, por el que se establece el horario y se regula la atención continuada del personal de atención primaria. La atención continuada responde tanto a la asistencia a las urgencias propiamente dichas como a la atención a procesos fuera del horario ordinario. En varias comunidades autónomas, la complejidad de la gestión organizativa de la atención urgente ha llevado a adoptar decisiones organizativas que poco a poco han ido traspasando la responsabilidad de la atención continuada y urgente a equipos de personal específico contratado al efecto. En Navarra, en el año 2008 se crearon los Servicios de Urgencias Rurales (SUR), integrados por el conjunto de profesionales a los que compete cubrir la atención urgente a través de los puntos de atención continuada comprendidos dentro de la delimitación territorial de las respectivas subdirecciones de atención primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Transitoriamente y hasta terminar de definir la evolución del modelo, este personal se adscribió a las subdirecciones de atención primaria correspondientes.*

La satisfacción de los pacientes atendidos con la atención de la urgencia fuera del horario ordinario continúa siendo en estos momentos una de las áreas de mejora prioritarias de la atención primaria; en concreto, obtiene la quinta peor puntuación de entre los treinta ítems de calidad percibida analizados. Cuando nos hemos puesto a analizar el modelo, lo primero que hemos apreciado es que la atención está fragmentada y es escasamente multidisciplinar. Se detecta además, como así lo señalan todos los estudios realizados, falta de continuidad del proceso asistencial por problemas de comunicación y coordinación entre profesionales y niveles asistenciales, y una gran descoordinación entre los equipos de atención primaria y los de urgencias.

Además, la hipertrofia y la falta de integración de los servicios de atención continuada y de urgencias conllevan diversos problemas, tal y como señala la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, en su informe La atención continuada y de urgencia en el sistema nacional de salud, de junio de 2008, entre los cuales destaca, en primer lugar, un aumento indiscriminado de demandas no urgentes que pasan a ser atendidas por estos servicios. Para que se hagan una idea, en el año 2011, el crecimiento de la atención primaria no llegó al 1 por ciento frente a los servicios de urgencias extrahospitalarios, que crecieron el 11 por ciento, o la pediatría, que experimentó un ascenso del 13 por ciento. Las urgencias hospitalarias, por otra parte, llevan estabilizadas desde hace más de diez años, lo que significa que existe un excedente que se va de los centros de salud a las urgencias extrahospitalarias.

En segundo lugar, la sustitución de la normalidad de la consulta en atención primaria por la

excepcionalidad de la visita rápida y a deshora al servicio de atención continuada y urgencias o, lo que es lo mismo, que el paciente muchas veces en vez de acudir al centro de salud de forma reglada, acude al punto más cercano que tiene, sea cual sea su demanda.

En tercer lugar, hubo un aumento del riesgo de intervencionismo innecesario y de iatrogenia, lo que significa que cuantos más médicos intervengan en un proceso, más aumenta la necesidad de hacer pruebas diagnósticas e intervenciones. Por ejemplo, no sé si lo saben ustedes, en España se realizan al año en torno a veintidós mil intervenciones de artrodesis vertebral, es decir, de fijación de dos vértebras, mientras que en Gran Bretaña, con treinta millones de habitantes más que en España, se realizan únicamente mil ochocientas; veintidós mil frente a mil ochocientas.

En cuarto lugar, la pérdida de continuidad de los cuidados, algo que perjudica especialmente a los enfermos crónicos, ancianos y especialmente a los más graves. Imaginen, por ejemplo, a un paciente terminal; esa persona, por la tarde no tiene ningún dispositivo del centro de salud que le atienda, con lo cual o se va a urgencias o va a visitarle el servicio de urgencias a su casa; en ambas situaciones, soluciones ajenas al equipo de atención primaria que atiende normalmente a ese paciente y que es quien mejor conoce su enfermedad y su evolución.

Y, en último lugar, el aumento de la ineficiencia global del sistema, con nuevas plantillas y nuevos dispositivos para la atención excepcional, cuyo crecimiento va en detrimento de la financiación y dotación de la atención primaria convencional.

Recientemente, en la misma línea, la revista Anales ha publicado el estudio Identificación de problemas y propuestas para mejorar la atención de las urgencias extrahospitalarias en Navarra*, volumen 34, número 3, en el que, utilizando la metodología Delphi, se constata la existencia de un amplio consenso en la identificación de problemas y áreas de mejora, y son estos problemas y áreas de mejora los que pretendemos solucionar. Los principales problemas detectados han sido los siguientes en el caso de Navarra: la población desconoce el correcto significado de la palabra urgencia y utiliza estos servicios para patología banal, como una consulta más; existe además un grupo de hiperfrecuentadores que realizan consultas reiterativas para el mismo proceso. Habrán detectado, señorías, que la urgencia se interpreta como la atención que necesito cuando tengo un problema, prescindiendo de si es o no es urgente. La verdadera urgencia, la emergencia, en cambio, es una atención que no puede ser demorada. En la actualidad, no hay ningún filtro previo que nos lleve a diferenciar una de otra. Se considera que un paciente es hiperfrecuentador cuando acude arbitrariamente a la consulta de atención primaria doce o más veces al año y según nuestros cálculos, representan entre un 5 y un 10 por ciento del total de pacientes asignados a un médico de familia. Pero, además, estos pacientes suponen entre el 4 y el 4,3 por ciento de los atendidos en los servicios de urgencias, por lo que una adecuada atención en su centro de salud atenuaría este número en los hospitales.*

En segundo lugar, se carece de una definición operativa de lo que consideramos urgencia y, por tanto, no se conocen con precisión las necesidades reales de atención a las urgencias. Como decíamos en el punto anterior, es el profesional el que debe certificar lo que es una urgencia y movilizar el recurso necesario en cada caso. Existen ineficiencias, además, por la infrautilización de muchos SUR, con muy escasa demanda y con una infrautilización de las consultas de enfermería.

Siguiente punto: los centros de salud utilizan el servicio de urgencias como una consulta de rebosamiento para minimizar la presión asistencial, con lo cual al final se están transfiriendo los costes de un nivel asistencial a otro. Los SUR, además, se adscriben a un centro de salud, pero no se integran en el trabajo del equipo de atención primaria. El personal de urgencias rurales no pertenece a ninguna dirección o servicio específico en estos momentos, y no se cuenta con la participación y experiencia de sociedades científicas y del personal de urgencias en la planificación y gestión de los servicios de urgencias.

El citado estudio al que he hecho referencia en todos estos puntos aboga por la elaboración de un plan de atención a la urgencia extrahospitalaria que tome en consideración el análisis de necesidades, la opinión de los sanitarios y las experiencias previas en territorios geográficos próximos. Las principales propuestas de mejora que recoge son las siguientes: desarrollar acciones de información y educación de la población dirigidas a promover el autocuidado en procesos autolimitados y a favorecer el uso correcto de los servicios de urgencia en los diferentes niveles de atención; unificar puntos de atención continuada con muy escasa demanda en centros próximos dotándolos de medios adecuados de transporte y material; en tercer lugar, establecer puntos de especial actuación con mayor dotación en recursos, con capacidad de respuesta adecuada e inmediata a la demanda de emergencias importantes; en cuarto lugar, homogeneizar los medios técnicos de los distintos centros, así como integrar a los SUR en los equipos de atención primaria; implantar el triaje de enfermería y el posterior redireccionamiento de los pacientes con demandas inadecuadas; implantar turnos deslizantes para mejorar la

accesibilidad del paciente; establecer plantillas cerradas suficientes para la atención normal y las urgencias, contemplando libranzas, sustituciones, vacaciones, etcétera; y, en último lugar, potenciar la formación de los profesionales, fundamentalmente en la vertiente clínico-asistencial y con especial referencia en el área de salud mental.

Además de estos dos prestigiosos estudios que les acabo de citar, la Estrategia de Atención Primaria 21 para la mejora de la atención primaria dedica una de sus líneas estratégicas al ámbito de la atención continuada y de urgencia, concretamente la que dice textualmente "impulsar en atención primaria modelos resolutivos de atención continuada y urgencias que generen confianza en los ciudadanos". Con este reto ante nosotros, nos encontramos con dos razones claras para la elaboración de un modelo de reforma de la asistencia sanitaria en la Comunidad Foral de Navarra: la mejora de la continuidad asistencial y la mejora de la idoneidad de la atención prestada a las distintas necesidades de atención del paciente.

De hecho, en sus orígenes, el modelo de atención primaria se caracterizaba por su concepción integral de salud y por un modelo de atención sanitaria integrador, longitudinal y garante de una verdadera atención continua y continuada. En coherencia, en los inicios de la reforma, se pretendió que la atención urgente o atención continuada fuera del horario laboral normal fuese asumida por cada centro de salud para garantizar la continuidad de los cuidados.

Pretendemos entonces potenciar la atención primaria y dotarla de mayor capacidad resolutiva, de forma que pueda responsabilizarse del seguimiento de pacientes complejos y pluripatológicos, a través de cambios organizativos que favorezcan la continuidad asistencial de los pacientes. Y de forma paralela, vamos a reorganizar la atención urgente extrahospitalaria en Navarra con una adecuación de los recursos a la heterogeneidad geográfica de nuestra Comunidad Foral. Está demostrado que la continuidad asistencial, prestada de manera personalizada o no, es reconocida como un factor clave en el abordaje de los procesos de enfermedad y adquiere una importancia capital en la atención de los procesos crónicos, que en la actualidad constituyen un factor estratégico en la mejora de los resultados de salud y la sostenibilidad del sistema sanitario. Para que el sistema se centre en el paciente y no tanto en la organización, es deseable que los centros de salud ofrezcan un seguimiento personalizado de los problemas de salud de la población a través de sus profesionales de referencia y una continuidad asistencial en la que colaboren todos los componentes de los equipos de atención primaria y que incluya no solo la atención de urgencia sino también el seguimiento y tratamiento de procesos no urgentes pero que se benefician de un seguimiento o una atención no demorada.

Por atención continuada entendemos la atención en horario ampliado de determinados procesos que precisan de un seguimiento especial, para paliativos, pluripatológicos severos, etcétera, y de aquellos procesos agudos que sin poder clasificarse propiamente de urgencias requieren ser atendidos en el día y surgen fuera del horario ordinario. La urgencia, en cambio, es definida como una situación de aparición imprevista que obliga a poner rápidamente en marcha actitudes o acciones prioritarias y remedios excepcionales para estabilizar la situación. Es precisamente el carácter excepcional de las medidas a aplicar en caso de urgencia lo que hace necesaria una adecuada identificación y clasificación de las demandas de atención urgente, y ello tanto por razones de calidad como de eficiencia.

Para reducir tanto la ineficiencia como el riesgo de infravaloración, resulta vital aplicar las medidas oportunas para identificar y clasificar las verdaderas urgencias médicas. Consideramos, por tanto, esencial adecuar el modelo de atención a las necesidades de atención que requieren una intervención de urgencia de aquellas otras que pueden beneficiarse de una atención continuada en horario ampliado, y eso implica, señorías, identificar lo que puede garantizar la continuidad asistencial a la población y asegurar a la vez una adecuada atención a la urgencia enfocando la atención, de manera que genere beneficios claros para la población. Nuestra motivación es, como les dije el 20 de septiembre, el paciente, sus necesidades, su percepción de que el sistema le proporciona la calidad que necesita y su convicción de que puede contar con el sistema público de salud porque atiende todas sus necesidades de salud de la mejor manera posible. Para ello, lo que vamos a hacer es trabajar en la integración de los SUR en las zonas de salud en las que desarrollan su actividad para facilitar la utilización global de los recursos sanitarios de la zona, ordinarios y de urgencia.

Siento no poder enseñarles el detalle de la organización todavía, porque estamos trabajando en la misma, la vamos a tener en breve, pero no la tenemos todavía terminada. De hecho, señora Ruiz, ya sabe que retrasé la comparecencia para poder ofrecerle más datos y más información; sin embargo, el trabajo y los contactos y reuniones que estamos teniendo con los distintos colectivos es muy grande, y aunque el esfuerzo que está haciendo todo el equipo es enorme, todavía vamos a necesitar unos días para terminar el proyecto. Lo siento. Me comprometo a solicitar el mismo día en que esté terminado comparecer voluntariamen-

te para explicárselo a todos ustedes con profusión de detalles para que analicemos entre todos el nuevo modelo de atención sanitaria, que, no tengan la menor duda, va a ser mucho mejor para los ciudadanos.

Y con respecto a las medidas adoptadas para la reorganización de los consultorios, es uno de los proyectos que anunciamos el 28 de septiembre para comenzar a acometer en este año 2012. Al valorar esta reorganización, hemos considerado oportuno abordarlo en el conjunto de la reforma de la asistencia sanitaria en la Comunidad Foral de Navarra, pasando a ser una acción más dentro de este gran proyecto. Y como es imposible trabajar en todos los proyectos a la vez, y más aún cuando son de tal calado y de tanta importancia como este que estamos llevando a cabo, tenemos todavía unos cuantos meses para comenzarlo, ahora mismo no lo tenemos entre nuestras principales prioridades. Sin embargo, igual que le he dicho en el caso anterior, no se preocupe porque en cuanto decidamos acometerlo, vendré a contárselo con todo detalle. Muchas gracias.

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

SRA. RUIZ JASO (2): *Mila esker zure azalpenengatik. Egia esan, eta bestelako euskarririk ezean, niri behintzat azalpen nahiko teknikoa iruditu zait: hitz asko eta eduki gutsi. Esan duzun bezala, igual itsi gabe daukazue. Zuk eskatu zenuen, esan bezala, atzeratzea, eta pentsatzen nuen gaur zerbait konkretuagoa, zerbait zehatzagoa, ekarriko zenigula. Prentsan behintzat, nik uste, hemen eman duzuna baino informazio gehiago agertu da. Ez dakit asmatu duten edo ez. Edozein modutan, agertu denaren haritik agerraldia eskatu dugu eta pentsatzen dut informazio guztia daukazunean etorriko zarela hori bera azaltzera.*

Ulertu dudanez –eta, benetan, oraingoan ere esango dizut jakin-minez espero nuela erantzuna, zeren prentsan irakurri duguna besterik ez baikenekien, eta urgentzien kontuarekin nahiko informazio eskasa agertzen zen–, nolabaiteko diagnosia eman diguzu. Esan diguzu nekazal eremuko urgentzietako kontu honi ekin behar zitzaiola erabiltzaileen asebetetze maila okerrenetarikoa delako.

Diagnosi horretatik ulertu ditudan beste alderdiak, atentzioa eman didatenak, izango lirateke urgentzien erabilera tsarra egiten dela; herritarrok ez dugula, ez dutela, urgentzien zentzua ulertzen; arazo batzuk identifikatu direla, eta bertan hobekuntza ildo batzuk markatu direla, ongi ulertu baldin badut.

Aipatu duzu baita ere nekazal eremuko urgentzia-zerbitzu horretan puntu askotan erabilera eskasa dela, eta puntuak bateratzeko beharra, are nolabaiteko garraioa sartzeko ideia. Guk horretan, eta zalantzak argitze aldera, eskertuko genizuke erreplikan hori gehiago argituko bazenu. Horrek esan nahi du, orduan, atentzio guneak desagertuko direla? Zeren arabera? Erabilera eskas horren datuak pentsatzen dut mahai gainean jarriko direla. Puntuak aldatuko dira, gutsituko dira, kontsultorioen kasuan bezala, nahiz eta oraindik itsia ez egon; baina puntuen kontzentrazio hori da planteatzen duzuen neurrietako bat. Hori pixka bat gehiago zehaztea eskatuko genizuke, eta ea zeren arabera desagertuko diren edo kontzentratuko diren puntu horiek, eta ea benetan baloratzen duzuen herritarrei eskaintzen zaien arretan horrek ez duela eraginik izango.

Aipatu duzu baita ere osasun langileen iritzia, profesionalen iritzia garrantzitsua dela. Galdetu nahiko nizukeen beste alderdietako bat da ea noiz planteatzeko asmoa daukazun mahai sektorialean eta pertsonal batzordean; ea SUReko langileak hastapeneko arretako zerbitzuan bateratzeak, ea horrek langileen kasuan, eta aipatu dituzun plantilla itsi horiek ea benetan zer esan nahi duten. Leku-aldaketarik ekarriko die langileei sistema honek? Jendea sobratuko da, turnoak laburtzearekin batera? Plantilla itsiak aipatzen dituzunean, prentsan behintzat aipatzen zen zentroen autonomia sustatuko zela, ekipoen autonomia sustatuko zela… horrek plantilla itsiekin zer lotura du? Hori argitzea nahiko nuke. Ea ekipo bakoitzak bere lana eta lan zama banatu beharko duen. Besterik gabe, ea zer esan nahi duen.

Aipatu duzu baita ere, herritarrei edo erabiltzaileei dagokienez, auto-zaintza. Aurrekoan ere, egin zenituen bestelako adierazpenetan, autoerrespontsabilitatea. Eta gu, nola ez, prebentzioa sustatzearen alde gaude, baina beldur pixka bat ere ematen digu, zeren azkenean ematen baitu erabiltzailea edo gaixoa dela… ez dakit, iruditzen zait hartzen ari den zantzua ez dakit erruduntzea izan daitekeen. Bueno, ikusiko dugu. Horretaz ere hitz egiteko aukera izango dugu.

Edozein modutan, aipatzen zenuen herritarrentzat onuragarri izatea dela planteamendu berri honen helburua. Ba hori ere argiago nahiko nuke. Igual nire arazoa izango da, baina azalpen tekniko hauetan nekez ikusten dut herritarrentzat edo langileentzat, profesionalentzat, onura hori. Orduan, berriro, mesedez, beste azalpen ez horren teknikoa eskatuko genizuke.

Eta ikusiko dugu. Azalpena, hastapen honetan behintzat, nahiko azalekoa iruditu zaigu, baina biga-

(2) Traducción en pág. xx.

rren interbentzioaren zain gelditzen naiz. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Comenzamos un turno de los grupos parlamentarios. Por parte de UPN, señor Pérez Prados.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias. Quería agradecer las explicaciones que nos ha trasladado la Consejera y darle la bienvenida, una vez más, a esta Comisión de Salud en sede parlamentaria, tanto a ella como a las personas de su equipo que la acompañan. Escuchadas las explicaciones como respuesta a la solicitud de comparecencia, tengo que señalar, en relación con la insatisfacción que muestra el usuario en las encuestas –me imagino que se hacen una serie de encuestas a usuarios elegidos y que luego se intenta extrapolar las conclusiones a toda la población–, conociendo, como me toca conocer, estas realizaciones o estudios, como no se elija bien la encuesta, la extrapolación a la población a veces carece de valor. No obstante, sí que es interesante saber la opinión del usuario. A mí me ha sorprendido su insatisfacción, pero luego, a la vista de los estudios que nos ha citado, el informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública titulado* La atención continuada y de urgencia en el sistema nacional de salud*, sí que me resulta, aunque no corresponde a Navarra, interesante y un poco extraño también el número de intervenciones de columna vertebral que nos ha relatado, he querido entender que hay unas veintidós mil en España frente a las mil ochocientas que se realizan en Gran Bretaña con treinta millones de habitantes. Eso habría que mirarlo también a nivel nacional, espero que ninguno de los británicos se estén operando en España de ese tipo de operaciones. Tenemos muchos súbditos de Gran Bretaña en nuestra nación, en España, en las zonas del sur; en fin, espero que no esté ocurriendo algo raro por ahí con ese tipo de intervenciones.*

También quería resaltar el estudio publicado en la revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, que, por cierto, es una revista indexada en referencia internacional por el impacto que tiene y los lectores que tiene en el ámbito internacional, fuera de España, que es, como decía, una revista con una calidad reconocida internacionalmente, las propuestas que hace ese estudio y cómo nos lleva hacia un plan de atención a la urgencia extrahospitalaria. Viene a decir una vez más que el sistema sanitario público, y en concreto el sistema sanitario público de Navarra, es un sistema vivo en continuo cambio para la adaptación a las nuevas demandas y necesidades del paciente, del usuario, y de ahí que nos encontremos cada día, cada año, cada mes, en situaciones como la que hoy estamos viviendo aquí, es decir, intentar adaptar ese sistema a los cambios que continuamente se producen en relación con esta atención sanitaria pública al usuario.*

Dentro de ese plan que realiza este estudio publicado en Anales *se realiza ocho propuestas de mejora, me gustaría resaltar, por la importancia que creo que tiene, la primera: desarrollar acciones de información y educación de la población, del paciente, me parece muy importante en relación con las demás para hacer un uso adecuado de los medios que se ponen a su disposición, y también la última, que era potenciar, creo, la formación de los profesionales, porque sin el concurso de los mismos será muy difícil que tengamos un sistema público sanitario de calidad y sostenible en el tiempo. Me parece interesante resaltar esos dos aspectos.*

Y en cuanto al modelo de reforma, siguiendo un poco las propuestas que se nos hacen y que demanda el usuario, me parece acertado que en ese modelo de reforma de la asistencia sanitaria en nuestra Comunidad Foral, que ya digo que va a ser constante y continuo a lo largo del tiempo, buscando la mejora de la continuidad asistencial y la mejora también de la idoneidad de la atención prestada a las distintas necesidades del usuario, se incluya además como objetivos tanto potenciar la asistencia primaria y dotarla de mayor capacidad resolutiva como reorganizar la atención urgente extrahospitalaria en nuestra Comunidad Foral; y esto a través de una continuidad asistencial prestada de manera personalizada y con ese seguimiento más particular de los problemas de salud de la población a través, como decía también antes, de sus profesionales, que son la columna vertebral del sistema sanitario público.

En definitiva, animamos, como siempre, a continuar en este trabajo que están realizando de revisión y de análisis de la situación actual y cómo mejorarla de cara al futuro haciendo sostenible nuestro sistema sanitario. Y en esa búsqueda y en ese trabajo encontrará, hasta donde podamos, el apoyo del Grupo Parlamentario de Unión del Pueblo Navarro. Muchas gracias.

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

SRA. OCHOA CANELA: *Buenos días. Bienvenida, señora Consejera. Gracias, señor Presidente. Digamos que la música no nos suena mal. Pensamos que sí que hay que hacer unas reformas, como no puede ser de otra manera, en la atención primaria y en las urgencias rurales porque nos encontramos en un periodo en el que la población está mucho más envejecida, donde hay muchos más enfermos crónicos y la atención tiene que ser de otra forma. Todos vemos si nos toca de verdad una urgencia que están generalmente colmatadas y que no todo son urgencias.*

Haré tres reflexiones que pienso que son muy importantes. En una de las preguntas que también

hizo la señora Bakartso se hablaba del pacto de gestión. Eso es fundamental, yo creo que es la piedra filosofal para poder cambiar este modelo asistencial que tenemos y eso no puede ser de otra forma que con un gran pacto, yo creo que no solo con los profesionales, que son piedra angular en el sistema sanitario, sino también con los políticos, porque, al final, tan importante es ese consenso como el consenso del mapa local, cómo van a quedar determinadas las urgencias, los puntos más importantes, cómo se van a cubrir. Todos queremos lo mejor para nuestras zonas o para nuestros pueblos, pero al final tenemos que pensar en un bien común, en que sea algo equitativo y realmente sostenible, en donde se preste esa atención que todos deseamos y que todos necesitamos en un momento determinado de nuestra vida. Y lo que necesitamos yo creo, de verdad, es diálogo, consenso, saberlo vender, saber venderlo a los profesionales y también a los usuarios.

Como bien ha dicho el señor Pérez Prados, creo que es muy importante también educar a la ciudadanía para que el uso que se haga de la urgencia sea el uso meramente estricto de lo que es una urgencia. Y después, saber también que en todo momento van a estar atendidos, que nunca, en ningún momento, sientan esa zozobra de la indefensión, y yo creo que para eso lo que hay que hacer es un gran pacto sobre el sistema sanitario, un gran pacto político y un gran pacto con la ciudadanía. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Fernández de Garaialde, por Nafarroa Bai.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días a todos y a todas. Doy la bienvenida también a la señora Consejera y al equipo que la acompaña. En primer lugar, agradezco la información que nos ha dado. Yo voy a empezar mi intervención diciendo que en muchas ocasiones el papel de regalo nos gusta a todos y a todas, pero luego resulta que el regalo en sí gusta a unos y a otros no. Y hay que abrir ese papel de regalo para saber cuál es el regalo, y en este caso lo que nos ha contado la señora Consejera me parece que es el papel de regalo, en el cual estamos todo el mundo de acuerdo. Y no tengo más que remitirme a la hemeroteca porque creo que si a alguien se le ha oído hablar en este Parlamento de que hay que hacer promoción de la salud, prevención, más luego tratamiento, que hay una descoordinación entre atención primaria y urgencias, que hay demandas no urgentes que son atendidas de manera no correcta, que de los centros de salud van a las urgencias hospitalarias, que hay un intervencionismo innecesario, que hay una pérdida de la continuidad de los cuidados, que la financiación no es la adecuada, que hay que reforzar la atención primaria, la atención continuada, que hay que dotarla de mayor capacidad resolutiva y de recursos económicos, si alguien ha hablado de todo eso, hemos sido cuando menos los partidos que estamos en la oposición. Bienvenidos a esa reflexión. Luego dicen que no aportamos nada, bueno, pues creo que por lo menos en el papel del regalo coincidimos. Y, por supuesto, sabemos cuáles son las diferencias entre atención continuada, sabemos la definición de urgencias, todo eso lo sabemos, y por eso hemos mantenido un discurso continuado a lo largo de la legislatura pasada y de esta.*

Dicho esto, lo que esta Parlamentaria y este grupo saben, no por informaciones recibidas directamente, porque hasta hoy todo ha sido por la prensa, todo ha sido por algunas preguntas que se han hecho pero tampoco ha sido una información clara, y si me equivoco me corrige, es que en principio desaparece el SUR como tal, entonces la atención sería ahora de ocho a ocho en los centros de atención primaria y a partir de las ocho serían las urgencias extrahospitalarias. Esas urgencias extrahospitalarias dependerían de lo que es toda la urgencia extrahospitalaria, digamos que se equipara lo que ahora mismo es el SUR al SUE.

A los actuales SUR se les ha dicho que tienen dos opciones, una sería la de incorporarse en atención primaria. Entonces, yo le hago unas preguntas, porque entiendo que si está a falta de unos días para tener el resultado definitivo tiene que tener algo por lo menos para poder responderme. ¿Cómo se va a hacer esa incorporación a atención primaria? ¿Van a aumentar los cupos? ¿Van a ser cupos de tarde? ¿Va a haber cupos deslizantes? Porque entiendo, y esa sí que era una pregunta que tenía que hacerle, que se va a mantener la atención continuada, en principio usted ha dicho que sí, pero me gustaría saber cómo se va a hacer esa parte. Y el servicio de urgencias, según nuestra información, va a depender de la urgencia extrahospitalaria, pero aquí, y esto también lo hemos leído en los periódicos, va a haber distintos puntos, concretamente cinco, y en algunas zonas va a haber guardias localizadas. Todo esto quisiéramos saber cómo lo van a hacer o si la información que nos dan a nosotros, por la cara que le estoy viendo a la señora Consejera, es distinta a la que está dando a los distintos profesionales, quisiera que me lo aclarara. Porque si vamos a volver a las guardias localizadas, no nos cabe duda ni a este grupo ni a esta Parlamentaria ni a muchos profesionales de que estaríamos en una calidad mermada, y, desde luego hay muchos profesionales y usuarios que no quieren volver a lo que era la guardia localizada.

Somos conscientes, y lo hemos dicho, insisto, en la legislatura pasada y en esta, de que hay que hacer muchas reformas, sobre todo en atención

primaria, la ampliación del horario y otras muchas cosas, siempre lo hemos propuesto, pero, insisto, no nos queremos quedar con la carcasa y no nos queremos quedar con el marco externo de la información, sino que queremos saber cómo se va a llevar a cabo. La reflexión que usted ha hecho aquí es una reflexión que la llevamos haciendo desde hace muchísimo tiempo. Yo no me he leído los estudios de Anales *ni me he leído ningún otro estudio, pero es una reflexión que la llevamos haciendo durante años y no solo en el Parlamento sino en la calle, los profesionales; una reflexión de hace muchos años. Y esos mismos profesionales y las personas que estamos aquí, insisto, queremos saber cómo se va a hacer esa reforma. Estamos un poco cansados y cansadas de ver en los medios de comunicación cómo se lanza parte de la información, se dejan las cosas bonitas y no sabemos cómo se va a hacer, ni nosotros ni los profesionales, que así nos lo han transmitido. Todo el mundo está a la expectativa, nadie sabe cómo se va a hacer y la gente está crispada, y eso lo sabe usted; lo saben ustedes, que la gente está crispada por la falta de información.*

Y otra pregunta que quiero hacer, que también se la hacen los profesionales, es: ¿por qué los profesionales en atención primaria van a trabajar de ocho a ocho y lo que se prevé en especializada es hasta las cinco de la tarde?

Espero que me responda a las preguntas que le he hecho. Espero, si no es hoy porque no nos puede concretar, que la próxima vez que venga nos concrete un poco más y después analizaremos su propuesta, porque, desde luego, a día de hoy, insisto, el papel de regalo nos gusta a todo el mundo, pero veremos cuál es el regalo. Muchas gracias.

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

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, señorías. Doy la bienvenida a la Consejera y a su equipo y agradezco la información que nos ha facilitado. Es obvio que en los momentos en los que nos encontramos ahora mismo el Departamento de Salud se encuentra en plena reorganización buscando objetivos de mayor eficiencia en los servicios y mayor calidad en los mismos. Esta reorganización que se está llevando a cabo debe tener en cuenta, desde nuestro punto de vista, la accesibilidad del ciudadano a los servicios sanitarios, acercar en la medida de lo posible estos servicios a su lugar de residencia y mantener los criterios de calidad asistencial, y todo ello contando con unos profesionales comprometidos e incentivados, cuidando la calidad también de sus puestos de trabajo. Hay que corresponsabilizar, tenemos la obligación de corresponsabilizar con el sistema sanitario público tanto a los ciudadanos como a los profesionales que trabajan en él, cada uno en el lugar que le corresponde.*

Y con relación al Servicio de Urgencias Rurales, diré que en su momento fue una solución a una situación con dificultades para encontrar profesionales que se encargasen de la urgencia rural. No se encontraban en aquella época sustitutos, había escasez de médicos y los contratos que se hacían tampoco eran demasiado buenos como para atraer a personal facultativo escaso en aquellos años. El tiempo ha demostrado que ha sido una solución que ha supuesto un incremento de gasto desproporcionado si analizamos el costo-beneficio. Ha habido mucha ineficiencia en la acción de estos servicios y además ha ocasionado no pocos problemas también organizativos dentro de los propios equipos de atención primaria, es decir, que ni ha solucionado el problema al cien por cien ni ha creado coordinación con los equipos en los que estaban incluidos. Y además de todo esto, también, y hoy se ha comentado, ha proporcionado una falta de calidad percibida por los pacientes en dicha atención de urgencias. En este sentido, ha comentado el señor Pérez Prados que le sorprendía la insatisfacción en las encuestas. Bien, conociendo un poquito el medio, no es para sorprenderse de la insatisfacción, porque un paciente puede mostrar insatisfacción por dos motivos: o porque la atención que se le presta no es la adecuada o porque las expectativas que tiene no se cumplen; y a veces, por desconocimiento de lo que es una urgencia y por acudir sin atenerse a los circuitos establecidos, se tienen mayores expectativas de las que realmente corresponden en la atención, siendo una atención buena. En este sentido, y como ya se ha dicho, es imprescindible en toda reorganización y en toda organización de los servicios sanitarios contar con una información, o sea, dar una información a los pacientes de cómo funcionan las cosas y de qué circuitos de acceso al sistema deben utilizar en cada caso.

En definitiva, nosotros vemos, por todo esto que he comentado de los servicios de urgencia rural, que es necesario replantearse una nueva organización de la urgencia rural, organización que desde nuestro punto de vista debe perseguir algunos de estos objetivos. Por un lado, mejorar las condiciones de trabajo de los puntos de atención continuada dotándoles de mayor capacidad de resolución con medios y tecnología suficiente; con ello evitaremos a la población desplazamientos innecesarios a la urgencia hospitalaria. Y es importantísimo, desde nuestro punto de vista, contar con los profesionales para que transmitan al departamento los problemas diarios en el trabajo, sus inquietudes y sus iniciativas. Desde luego, es impepinable que para dar solución a un problema hay que conocer sus causas a fondo, y los profesionales que traba-

jan día a día en la urgencia rural y en el sistema sanitario público conocen al dedillo los problemas que se les plantean continuamente. Hay que intentar conseguir un compromiso en el trabajo e incentivar los objetivos cumplidos; y cuando hablo de incentivar no solamente me estoy refiriendo al aspecto crematístico del incentivo, hay muchas formas de incentivar a los profesionales. Y con ello, mejorando la atención de la urgencia rural y extrahospitalaria, estaremos indirectamente actuando en la calidad de la atención a la urgencia hospitalaria. Son frecuentes, y aquí viene el tema de la insatisfacción, las reclamaciones por los tiempos de espera en las urgencias de hospitales precisamente en las patologías más leves, cuanto más leve es la patología mayor es el número de demandas y de reclamaciones que se ponen por los tiempos de espera. Se hacen estos tiempos de espera en función de la espera que determina el triaje inicial que se hace en esos pacientes, y en muchos de los casos de estos pacientes que protestan por los tiempos de espera en las urgencias hospitalarias se podría haber resuelto su problema en la urgencia extrahospitalaria.

Por lo tanto, estamos de acuerdo con el proyecto de crear puntos de atención continuada más resolutivos que eviten desplazamientos a las urgencias hospitalarias. Y ahora ya solo queda, y tenemos la confianza de que así sea, que el departamento encaje el puzzle en el que las piezas son las necesidades asistenciales del ciudadano, por un lado, los intereses y compromisos de los profesionales, por otro, y las nuevas propuestas de atención por parte del departamento, por otro. Esperamos que ese puzzle encaje perfectamente. Sin duda, todo ello será necesario para garantizar el éxito del proyecto, y para ello les ofrecemos nuestra colaboración si lo consideran necesario. Nada más y muchas gracias.

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

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Egun on, buenos días, señores y señoras. Bienvenida, señora Vera, y a todo el equipo que la acompaña. Muchísimas gracias por estar con nosotros y nosotras hoy y por las explicaciones que usted nos ha dado. En principio, estamos totalmente de acuerdo con usted en relación con los principios básicos que ha establecido. Como bien decía la señora Fernández de Garaialde, creo que desde que comenzó la legislatura hemos mostrado nuestra preocupación en relación con la necesidad de revisar el sistema navarro de salud y fomentar y potenciar el servicio público de salud, pero a mí me parece que usted no ha concretado hoy prácticamente nada, ya ha dicho que no puede concretar porque aún están trabajando en ello. Por lo tanto, a la espera de que concrete más, voy a intentar dejar clara nuestra postura y nuestras preocupaciones. A mí me da la sensación de que nos situamos en paradigmas paralelos, quiero decir que ustedes y otros tantos de los que estamos aquí parece que hablamos de lo mismo, pero hablamos en diferentes niveles de reflexión y, sobre todo, le damos diferente enfoque al asunto.*

Intento concretar. Ya hemos manifestado desde nuestro grupo que desde que en 1993 se implementaron aquellas medidas un tanto discutibles para ordenar la atención continuada pasando por 1997, cuando se desarrolló el Plan de Urgencias en Navarra, y hasta el 2009, que se implantó el servicio de urgencias, que solo tuvo un componente laboral pese a la enorme inversión que se hizo y no se intentó ningún cambio en el funcionamiento de los servicios, entendemos que hace falta hacer una revisión al respecto. En todo caso, es evidente que la atención primaria, y además yo creo que lo compartimos aquí todos y todas, que debería ser la base de articulación del sistema sanitario, que es la estructura, que es la responsable tanto de la promoción de la salud como de la prevención de enfermedades, la asistencia cotidiana y el control de enfermedades crónicas, se debe basar en la atención mutua entre pacientes y facultativos, pero es absolutamente necesario para esto dotar de un tiempo necesario para las consultas, algo de lo que usted hasta ahora no ha dicho ni una palabra.

Estoy totalmente de acuerdo en relación con la atención especializada, que se usa abusivamente. Las listas de espera, ya se lo hemos dicho en varias intervenciones, están totalmente hinchadas, y controlando esas listas de espera, que podrían ser perfectamente atendidas desde el servicio básico de salud, seguro que se podrían agilizar y atender los casos realmente urgentes y necesarios. Tampoco hemos oído nada al respecto.

Respecto a la atención urgente, el SUR, ya hemos dicho que hace falta una reorganización, pero, en todo caso, como le decía el otro día en el Pleno en el Parlamento, nos sigue pareciendo a Izquierda-Ezkerra, y mi obligación es decirlo, desde un punto de vista siempre constructivo, que usted hasta el momento, esa es la sensación por lo menos, está basando todas estas reformas en lo que es la organización asistencial, que, como le decía el otro día puede mejorar, pero parece que usted de momento se ocupa de ahorrar y nada más. Y seguimos pensando que lo que hay que hacer es priorizar el contenido asistencial, es decir, centrar las reformas, centrar lo que se vaya a hacer en los procesos, como usted además suele decir, y ver qué actividades de salud son más eficaces, más eficientes, cuáles son necesarias y cuáles no, y a partir de ahí modificar la estructura si hace falta. Y pongo dos ejemplos que seguramente yo he entendido mal, o no, de los datos que usted

ha ofrecido. Hacía referencia a que en Gran Bretaña, creo que eran las operaciones de tendones, no he entendido muy bien, pero hay muchas más que en España. No es suficiente con esa reflexión, también hay zonas donde hay muchas más intervenciones de tiroides porque el hipotiroidismo es más endémico y se deben a situaciones de la zona y a otro tipo de cuestiones que están centradas en el proceso, en la propia enfermedad. A lo mejor es que tienen que ver tantas intervenciones con que precisamente en esa zona ese tipo de enfermedad es endémica u otra cuestión. Por lo tanto, eso da que pensar. Usted también hablaba del uso abusivo de las urgencias y es absolutamente verdad, pero tampoco ha hecho ninguna reflexión sobre a qué es debido ese uso abusivo, que cuando digo que es verdad es que es evidente.

Para terminar, estamos totalmente de acuerdo en que hay que fortalecer sobre todo la atención primaria, que hay que potenciarla, pero discrepamos, por las informaciones, por cierto, que el otro día aparecían en la prensa, el jueves 22 de marzo, y algunas informaciones que nos han llegado sobre reuniones que ha tenido usted, que dan más información concreta que la que usted acaba de dar hoy, en lo que parece que se pretende hacer con la asistencia urgente, que es desvincularla de los centros de atención primaria. A nosotros nos parece, como decía la portavoz de Na-Bai, que sería un error volver a las guardias localizadas porque nos sigue pareciendo que es muy, muy importante que los médicos y enfermeras, los profesionales de atención primaria, estén vinculados a esas urgencias que en el 80 por ciento de las veces o más tienen que ver con cuestiones que el médico de cabecera ha tratado igual esa misma mañana o el día anterior.

En todo caso, como ha dicho la señora Ruiz, cuando usted concrete más y si usted nos pide nuestra opinión, se la daremos como se la venimos dando hasta ahora respecto a lo que consideramos. Eskerrik asko. Muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Repito la definición de concepto de urgencia y de atención continuada porque creo que no está claro, y de hecho la intervención de la señora De Simón en estos momentos me acaba de demostrar que no está claro, porque una cosa es la atención continuada y otra cosa es la atención urgente. Vamos a ir poco a poco y, como les he dicho, lo lamento pero hoy no voy a poder entrar en mucho detalle, en el momento en que tengamos cerradas las cosas, vendré a contárselas. También me acusan de hablar ante la prensa sin decir nada en el Parlamento y me gustaría aclararles algo, y es que los señores de la prensa, que se encuentran ahí detrás, hacen su trabajo estupendamente bien; se enteran de las cosas primero porque tendrán sus fuentes de información, supongo, que, créanme, no son siempre las oficiales y, segundo, porque trabajan con mucho tesón, y esto último se lo puedo garantizar, para conseguir toda la información posible para proporcionársela a los ciudadanos.*

En este proceso de cambio del modelo, lógicamente, y como no podía ser menos, estamos hablando, como les he dicho y como les comenté también el jueves pasado en el Pleno, con sociedades científicas, con sindicatos, aunque usted diga que no, pues sí, estamos hablando con sindicatos, y en todos los contactos que estamos teniendo, de hecho esta misma mañana hemos tenido otro, les estamos comentando cuáles son las líneas del nuevo modelo para recoger sus puntos de vista y sus aportaciones. Y todo eso lo tendremos en cuenta antes de cerrar el modelo. Lo que no se puede hacer es un imposible, lo que no se puede es hablar con ellos para recoger sus aportaciones pero antes venir aquí a contarles cómo está cerrado el modelo. Eso es imposible. Les pediría que no me pidan imposibles. De todo lo que ha aparecido en la prensa, nada ha trascendido por parte del departamento en cuanto a los detalles a los que ustedes, el jueves y hoy mismo, hacen referencia, y no porque creamos que el oscurantismo es algo bueno o algo practicado por nosotros, no es nuestra intención, sino porque creo que muchas veces es mejor informar de las cosas en su totalidad en vez de ir proporcionando distintas líneas de trabajo que a lo mejor no son las que al final se imponen. Creo que es mejor que lo tengamos cerrado y entonces venir y contarlo, y al mismo tiempo contarlo a la prensa. Ninguno de los detalles o de las cuestiones, más allá de los siete pilares en los que se basa el modelo y que se los conté el jueves pasado en el Pleno, o de la reflexión y del diagnóstico de la situación de la atención continuada y de urgencias, que se lo he hecho hoy a todos ustedes, más allá de eso, nada de lo que ha salido en prensa ha sido dicho ni por mí ni por ninguna de las personas de mi equipo más directo. Creo que siempre he demostrado en estos ocho meses un respeto profundo por el Parlamento, les he informado de todo lo que hacemos de forma puntual y bastante pormenorizada o con todos los datos que tengo y con rigurosidad, y así lo voy a seguir haciendo, así que en cuanto esté el tema listo y cerrado vendré y se lo contaré. La verdad es que que me hagan este tipo de acusaciones aquí hoy y también lo he leído en la prensa, porque ayer se hicieron estas manifestaciones... Creo que no responde a la forma de actuar de esta Consejera y de su equipo.

Y yendo a alguna de las cuestiones que me han comentado, me dicen que hemos trasladado poco

contenido. Hombre, yo creo que el contenido que hemos trasladado hoy es el diagnóstico de la situación, en el que me alegra escuchar por su parte que coincidimos. Desde luego, es su diagnóstico, y ustedes, como dicen, llevan diciéndolo mucho tiempo; yo la verdad es que no llevo aquí mucho tiempo, pero en el que llevo también lo he dicho. Todas estas cuestiones las dijimos el 20 de septiembre, las expusimos aquí y anunciamos que queríamos dar la vuelta al modelo orientándolo al paciente, y en eso es en lo que estamos trabajando ahora mismo, así que no es que hayamos cambiado el discurso nosotros adecuándolo a su discurso, yo al menos, sino que estamos trabajando en lo que dijimos en septiembre que íbamos a trabajar.

Y, como les decía, aparte de ese diagnóstico, les he comentado cuáles son las líneas de mejora que vamos a emprender. Y por las dudas que planteaba la señora Ruiz en cuanto a si esas líneas de mejora van a ser mejoras para el paciente, déjenme que les repita que si redireccionar al paciente adonde se va a resolver su problema no es mejor para el paciente, yo desde luego lo prefiero, como paciente. Si que a cada paciente le atienda su equipo de primaria cuando lo necesite y no solamente en el tiempo en el que ahora mismo está estipulado no es mejor para el paciente, pues... Si tampoco es mejor para el paciente crear puntos de especial actuación, mayor dotados de lo que están actualmente, para atender la urgencia o la emergencia, pues... Y, otra de las líneas de mejora que he dicho, si mejorar la accesibilidad para el paciente no es mejor para el paciente... Estábamos de acuerdo todos en el diagnóstico, ponemos las líneas de mejora y si ahora resulta que en esto no estamos de acuerdo, no sé, me gustaría que lo habláramos, pero realmente estas cuatro cosas que le estoy comentando creo que son mejor para el paciente, ¿no? Yo, por lo menos, si me pongo en su posición, no tengo más que decir que desde luego que sí a todo ello.

También me comentaban la concentración de los puntos, cuáles han sido los criterios de concentración de esos puntos. Hombre, no pueden ser otros más que la accesibilidad de los puntos, por un lado, para determinar no la concentración sino para determinar dónde debe haber puntos, la población a la que están atendiendo, la accesibilidad dentro de la dispersión geográfica que existe en la Comunidad Foral, y también cuál es la actividad que tienen esos puntos, lógicamente. Esos van a ser los criterios. Y les doy un dato, en Navarra tenemos cuarenta y siete y en Cantabria, que es una comunidad más o menos de un tamaño similar al nuestro y con una población similar a la nuestra, son veintiocho.

Por otro lado, como les decía, no voy a concretar hoy todas las cuestiones que me pedía la señora Fernández de Garaialde, lo siento, pero en cuento pueda, como les digo, solicitaré la comparecencia. Y también me gustaría que quedara clara otra cuestión, y es que yo creo que no he hablado hoy en ningún momento de recorte, ajuste, ahorro... No. Estamos hablando de que esto es mejor para el paciente, entonces no quieran decir que yo he dicho algo que no he dicho, o no quieran ver en esto, que no tiene ninguna relación con eso, que la tiene, porque no la tiene. Estamos hablando de mejorar la atención al paciente, estamos hablando de responder a por qué en estos momentos es la quinta cuestión peor valorada por parte de los pacientes en Navarra y estamos tratando de reorganizar o de redefinir el modelo de atención, en el que, por otro lado, yo creo, como decíamos antes, que estamos todos de acuerdo, porque les he contado dos estudios que avalan este cambio en el enfoque de la atención continuada y de urgencia, y son muchísimas las opiniones que abogan por este cambio, no solamente los dos informes que les he dicho. Y también les he hablado de la línea de la Estrategia de Atención Primaria 21 para la mejora de atención primaria, que también tiene relación con lo que usted me decía del mayor tiempo de atención, que es una cuestión que el Plan de Mejora de Primaria estipula y en el que se lleva trabajando mucho tiempo, y seguro que usted lo sabe también.

Me consta que también a sus oídos ha llegado, que es la opinión de muchos profesionales, que esta reforma la debíamos acometer, porque igual que me lo han dicho a mí, seguro que también se lo han dicho a ustedes. Creo que la reorganización de los puntos de urgencias rurales es una demanda que nos la están pidiendo a gritos, con lo cual no sigan insistiendo en que es un recorte, por favor, porque redunda en el beneficio de todos, pretende una mejor asistencia sanitaria al paciente con optimización de recursos y de una manera más eficiente. Se puede llamar de la forma que ustedes quieran, pero creo que recorte no. Y nada más. Muchas gracias.

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

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre el mantenimiento en los presupuestos de las mismas cantidades para derivaciones.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Pasamos al segundo punto del orden del día: Comparecencia para que la Consejera de Salud informe sobre el mantenimiento en los presupuestos de las mismas cantidades para derivaciones. Ha sido solicitada por la señora Fernández de Garaialde, de Nafarroa Bai. Tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. A mí también me gustaría que no se pusieran en boca de los demás cosas que no hemos dicho, y voy a hacer una matización. Hace mucho tiempo que estamos diciendo que hay que hacer una reforma en la atención primaria y en las urgencias rurales, no nos lo han dicho los profesionales.*

Y dicho esto, sí que me gustaría que me explicaran una de las medidas que tomó el departamento allá por septiembre, que iba dirigida a disminuir la concertación a los centros privados y, además, únicamente se iba a derivar aquello que en el sistema público no se pudiera dar, y aparecían una serie de pruebas diagnósticas en esa información. Aparte de eso, también se ha dicho que van a disminuir las partidas extraordinarias; de hecho, han disminuido para el tema de las listas de espera, y además van a disminuir las peonadas u horas extraordinarias. Con este contexto, si disminuye la concertación, disminuyen, como he dicho, las partidas extraordinarias, se cierran quirófanos y todavía se están manteniendo las listas de espera dentro de los márgenes que la ley marca, aunque no esté en vigor la ley, y de hecho hoy hemos leído en prensa que se mantienen en esos límites, a este grupo le gustaría saber por qué se mantienen en los presupuestos las mismas cantidades para derivaciones, aproximadamente las mismas cantidades, ha habido alguna disminución en algunas pero prácticamente son las mismas que en otros años, y por cierto, sin ningún estudio previo, como se dijo que se iba a hacer, por lo menos el que ha solicitado directamente esta Parlamentaria, que es el estudio que había con el personal de la Clínica Universitaria no existe, sobre el papel no existe, con lo cual entiendo que los demás también se han mantenido sin conciertos. Si se han tomado medidas para derivar menos con el tema de las listas de espera, si todo esto es así, por qué se ha gastado todo el dinero, que han sido verdaderos millones, en derivar a los centros privados y también en horas extraordinarias con la excusa de mantener esas listas de espera. Muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Tal y como he repetido en este mismo foro hasta la saciedad, le recuerdo que las derivaciones a otros centros no las hacemos exclusivamente para aligerar la lista de espera. El Servicio Navarro de Salud, al igual que el resto de sistemas sanitarios españoles, necesita establecer conciertos con algunas entidades con el fin de optimizar su labor. Usted, señora Fernández de Garaialde, sabe perfectamente que el comportamiento de la demanda no es uniforme a lo largo del tiempo; al contrario, se suele comportar siguiendo un modelo que podríamos denominar de dientes de sierra, y por lo tanto, no es razonable dimensionar los servicios públicos para que puedan atender todas las eventualidades posibles cuando el pico de la demanda está en su punto más alto, pues ello supondría necesariamente el sobredimensionamiento del sistema. La lógica y la eficiencia nos dicen que lo mejor es ajustarla a una media razonable basada en la experiencia y realizar derivaciones cuando lleguemos a los extremos más altos. Las derivaciones a centros concertados por parte del Servicio Navarro de Salud siempre se han basado en dos conceptos: el de subsidiariedad, que es el que hace referencia al citado carácter fluctuante de la demanda y que nos obliga a derivar con el fin de no demorar la asistencia sanitaria a los pacientes y de esta forma dar cumplimiento a la ley foral de garantías de espera; y, en segundo lugar, el de complementariedad, que es consecuencia de la necesidad de derivar pacientes para la realización de determinadas técnicas no existentes en el Servicio Navarro de Salud, como son, entre otras, las cirugías de Parkinson o la realización de PET.*

Aun así, señora Fernández de Garaialde, el peso de la actividad concertada por el Servicio Navarro de Salud es mínimo, concretamente de un 6 por ciento en estancias de hospitalización, 6,7 en procesos quirúrgicos y un 1 por ciento en consultas, pero resulta esencial para poder adquirir el grado de flexibilidad suficiente que nos permita acometer con eficiencia todos los eventos asistenciales previstos o imprevistos. Por estas razones, la colaboración público-privada con los centros sanitarios implantados en nuestra Comunidad a través de conciertos, además de estar recogida en el ordenamiento legal vigente tanto de ámbito nacional como autonómico, forma parte de la política que el Gobierno de Navarra desarrolla en el ámbito de la salud. Usted afirma en su pregunta que estamos manteniendo el mismo presupuesto para derivaciones, aunque matizaba ahora cuando lo comentaba que se ha reducido un poquito. Bueno, yo creo que se ha reducido de forma importante. Si ustedes mantienen que el presupuesto de Salud se ha reducido mucho, pues más se han reducido porcentualmente los conciertos y, si no, aquí tienen los datos. El presupuesto consolidado para derivaciones de 2011 ascendió a más de 54 millones de euros y el presupuesto que tenemos previsto para el 2012 es de 49,800, aproximadamente; esto significa casi 4.200.000 euros menos o, lo que es lo mismo, un descenso del 7,755, mientras que en el mismo periodo, el presupuesto global del departamento se ha reducido un 3,08. Si tenemos en cuenta además que la actividad concertada representa solo el 5 por ciento del gasto total sanitario, la reducción, aunque usted

dice que no, ha sido significativa en el montante global. Cada uno puede mantener el discurso, obviamente, pero yo creo que no se puede decir que se están manteniendo las derivaciones. Y por más que repitamos que se están manteniendo las derivaciones, cuando no es cierto, no se va a convertir en algo cierto porque no es así.

Una vez comprobado que el presupuesto para derivaciones no es el mismo porque ha descendido, vamos a ver ahora cómo está la lista de espera. Según los últimos datos que tenemos correspondientes a la lista de espera del mes de febrero, la espera media en primeras consultas se reduce de veintinueve a veintisiete días hábiles, y la espera quirúrgica también se reduce un poquito, de setenta y tres a setenta y dos días. En ambos casos, seguimos estando dentro de los plazos marcados por la ley foral de garantías, que creo que es algo que nos debería alegrar a todos. Como recordarán, la ley de garantías establece un plazo máximo de treinta días desde la solicitud del facultativo para las consultas, un plazo máximo de cuarenta y cinco días desde la fecha de indicación facultativa para las pruebas diagnósticas no urgentes y un plazo de ciento veinte días desde la fecha de indicación facultativa para las intervenciones quirúrgicas. En el caso de la cirugía cardiaca, se debe garantizar un plazo máximo de sesenta días. Y también hay un plazo máximo de ciento ochenta días para las intervenciones quirúrgicas cuya espera no implique empeoramiento para la salud del paciente. En lo que respecta a las especialidades que por su importancia o gravedad estamos priorizando, tenemos que en primera consulta de oncología la espera se mantiene en seis días con respecto a enero del 2012, en primera consulta de cardio se reduce la espera de dieciséis a trece días, en cirugía vascular se reduce la demora en cuatro días con respecto a enero, de sesenta y tres a cincuenta y nueve, y en cirugía cardiaca se reduce en cinco días, de treinta y nueve a treinta y cuatro días.

Como recordarán, el pasado 13 de febrero, respondiendo a una pregunta sobre listas de espera que también me hizo usted, les expliqué la evolución de la lista de espera en lo que llevábamos de año y les mostré dos gráficos: el correspondiente a la lista de espera quirúrgica, tanto en número de pacientes en lista de espera como en número medio de días de espera, y el correspondiente a primeras consultas, contemplando también esas dos variables. Les mostré cómo en ambos casos, en 2011 y 12, la evolución era exactamente igual debido a la estacionalidad pero considerando una diferencia esencial, que en los dos primeros meses del año pasado se hicieron en el Complejo Hospitalario cuatro mil trescientas ochenta primeras visitas con programas extraordinarios y en 2012 solo ochenta y nueve, lo que significa que este año hemos logrado reducir el mismo número de pacientes entre enero y febrero y hemos logrado un día menos en espera media sin gastar prácticamente nada en programas extraordinarios.

¿Cuál es la explicación al hecho de que este año haya descendido la lista prácticamente lo mismo que el año pasado sin hacer peonadas? Pues la explicación de esta mejora habría que hacerla desde una doble visión. Por un lado, por el comportamiento de la demanda de consultas externas. Hemos repasado los datos del área de Pamplona a lo largo de estos dos primeros meses del año actual y se presenta una disminución de 2.775 primeras consultas, pasando de 50.339 pacientes a 47.624 en este año, lo que supone una disminución de un 5,8 con respecto a los dos primeros meses del año 2011. En cambio, en las áreas de Tudela y Estella el comportamiento de la demanda se ha mantenido prácticamente estable; en la primera de ellas ha crecido un 0,93 y en Estella un 0,95.

Y el segundo de los motivos por los que creemos que se ha podido reducir es la actividad realizada por los hospitales. En este apartado podemos comparar la actividad ordinaria, dado que en el presente año no se ha realizado actividad extraordinaria prácticamente, por lo que es esencial colocar el análisis y la evaluación de escenarios idénticos, es decir, actividad ordinaria del año pasado con actividad ordinaria de este. Así, en el Complejo Hospitalario la actividad ordinaria de primeras consultas ha crecido en 2.620 consultas, pasando de las 45.708 realizadas el año pasado a 48.328, lo que supone un incremento de un 5,73 por ciento. En el Hospital de Estella ha aumentado la actividad ordinaria en 456, han pasado de 5.404 a 5.860, o sea, un 8 por ciento más. Sin embargo, en el Hospital de Tudela el comportamiento de la actividad ordinaria no ha sido positivo en estos dos primeros meses del año 2012 y ha descendido en 136 consultas primeras, un 1 por ciento menos.

Por lo tanto, por un lado, ha bajado algo la demanda y, por otro lado, la actividad ordinaria ha ascendido, ha sido mayor que la del año pasado. La conclusión de estos dos factores: el buen comportamiento de la demanda de consultas externas en el área de Pamplona y el aumento de la productividad en jornada ordinaria en Estella y en el Complejo Hospitalario, es el argumento que ayuda a explicar la evolución positiva de la lista de espera. Nada más.

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

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. Gracias por las explicaciones dadas. La verdad es que no está respondido a todo lo que se*

ha preguntado, pero bueno. Yo también quiero decir que no por mucho que se digan las cosas se convierten en verdad, estoy de acuerdo con usted. No es cierto que el criterio para derivar a lo privado sea la subsidiariedad y la complementariedad. No es cierto. Se deriva todo. Hombre, ¿cómo que no? Se derivan operaciones incluso para hacer una amigdalectomía. Todo se deriva. Ahora, a lo mejor, con esas medidas que han tomado ustedes, que nos tendrán que demostrar que son ciertas… Se deriva todo. Y lo de la complementariedad no es cierto. Yo estoy de acuerdo en que determinadas técnicas que no se hacen en el sistema público se deriven a lo privado, estoy de acuerdo, pero las que no se hacen. Y pruebas diagnosticas se derivan todas, ahí tenemos el TAC, ahí tenemos las resonancias... ¿Cómo que no? ¿O han eliminado ustedes el camión de las resonancias? Se deriva todo. ¿Y por qué no se hacen en el sistema público?

De todas maneras, insisto, los dineros que ustedes dicen que gastan, una cosa es lo que aparece en el presupuesto y otra cosa es lo que Comptos dice que se gasta; y tenemos informes de Comptos, y se gasta más de lo que aparece en el presupuesto. Pero yo lo que quería que me respondiera y no lo ha hecho es ¿por qué con las medidas que han tomado ustedes de no derivar o derivar menos se sigue manteniendo prácticamente el mismo presupuesto y qué ha pasado con todo el dinero que ustedes han gastado, no usted, me podrá decir que usted no ha estado, sino el departamento, Osasunbidea? Y, además, UPN ha gastado cantidades astronómicas en la disminución de las listas de espera, que se han mantenido prácticamente igual que ahora supuestamente sin esos gastos, y alguien tendrá que responder a este Parlamento cuando preguntamos en qué, cómo y por qué se han gastado esas cantidades astronómicas para el mantenimiento de la ley de garantías de listas de espera. Y no se nos responde ni cuando preguntamos por escrito ni cuando preguntamos aquí, no se nos responde por qué han gastado semejantes cantidades de dinero. ¿Adónde han desviado ese dinero? Al sistema privado. Y lo han hecho conscientes y ha sido una política que han llevado ustedes de ir incrementando las derivaciones a centros privados y aumentar las peonadas, y es lo que no se nos responde, y de lo que no tenemos información. Porque si ahora, sin todas esas medidas se pueden mantener las listas de espera igual, queremos saber en qué se ha gastado y por qué todo ese despilfarro de dinero, porque han sido millones y millones que se podían haber utilizado para mejorar el sistema público tanto en infraestructuras como en personal. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. ¿Quiere contestar? ¿Luego? Vale. Turno para los grupos, entonces. Por UPN, señor Pérez Prados.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, quería recalcar e insistir en esta idea que subyace en el fondo de todo este tipo de intervenciones cuando hablamos de derivaciones y la relación que tienen también con las listas de espera. Decía la señora Consejera que no es razonable dimensionar los servicios públicos para que estos puedan atender todas las eventualidades posibles. No es razonable, yo creo que es imposible, no es conveniente, no es, incluso, diría yo, posible que en el sistema público tengamos el material humano y las máquinas y materiales suficientes para atender todas las eventualidades que ocurran a todos los posibles pacientes de la Comunidad Foral de Navarra, salvo que queramos dejar al resto de departamentos sin un euro, sin presupuesto. En consecuencia, optimizar recursos es también disponer y utilizar el sistema privado que tenemos en nuestra Comunidad y las dotaciones que tiene para resolver aquellos casos, que no se producen con mucha asiduidad, que se puedan derivar y atender en estos centros privados.*

Estamos de nuevo con la repetición constante de las falsedades. Ya nos decía en días pasados, en Pleno además, el Consejero de Economía que hay que hacerlo hasta cien veces para que se convierta en una verdad. No se convierte en verdad por repetirlo cien veces, pero la señora Fernández de Garaialde ya ha repetido unas cuantas veces, por lo menos cuatro, en esta intervención que se deriva todo, y ya ve, por los datos que aquí se dan, que no se deriva todo; se deriva lo que se debe derivar. Esa afirmación categórica de que se deriva todo a los centros privados, evidentemente, es falsa, entonces, no sé por qué insiste en repetirla constantemente con ese deseo de que se transforme en realidad, algo que no va a ocurrir.

Los datos que nos han puesto son unos datos irrefutables y lo cierto es que hay menos dinero para derivar este año 2012, una cantidad presupuestaria menor, y que los porcentajes de derivación llegan de media a ese 5 por ciento, y eso es lo que es. Se puede comparar con otras comunidades, pero esa es la realidad que tenemos y que mantenemos en estos momentos. Y esa colaboración del sistema público con el sistema privado en los centros sanitarios de Navarra es conveniente mantenerla por lo que comentábamos al principio, porque no se puede llegar desde el sistema público a atender todas las posibles eventualidades que se puedan dar en nuestra Comunidad.

Y en relación con las listas de espera, los datos apuntan a que no han crecido a lo largo de este año sino que han ido disminuyendo algo, debido principalmente a esos dos aspectos que nos resaltaba en su intervención la señora Consejera, por un lado, la disminución de la demanda de consultas externas, por otro lado el aumento de la activi-

dad realizada en los hospitales. En este sentido, tiene cierta lógica la pregunta que hacía en la intervención anterior la señora Fernández de Garaialde, a qué se puede deber eso. Yo también quería insistir en esa pregunta, no sé si es posible la respuesta en estos momentos o no, pero me gustaría saber si esto se puede deber a una mayor implicación de los profesionales del sistema navarro de salud, a que hayan tomado conciencia, dentro de su profesionalidad, de la situación actual que tenemos y estén con una implicación mayor que hace tiempo, no lo sé, pregunto si se tiene algún dato de por qué sin esa actividad extraordinaria no solamente se han mantenido sino que incluso han disminuido las listas de espera. Muchas gracias.

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

SRA. OCHOA CANELA: *Gracias, señor Presidente. Señora Consejera, yo lo que pienso es que si se están reordenando precisamente todos los servicios desde Salud, en parte se hace también pensando en que en ese nuevo reordenamiento que su equipo y usted están haciendo quieren dar una salida más racional precisamente al problema de las listas de espera, de las primeras visitas, llevar menos derivaciones. El tener dinero, yo creo, para hacer derivaciones no implica el gastarlo. Y si en algo somos responsables, y esta vez ya me voy a arrogar yo la responsabilidad antes de que me lo diga la señora Fernández de Garaialde, es de haber puesto líneas en el presupuesto para las famosas peonadas, también tenemos nuestra parte de culpa en el Partido Socialista porque en aquel momento, con aquel modelo, nos parecía que dotando económicamente esas líneas se podría dar satisfacción siempre a las mismas personas, que son los usuarios. La gestión después ya fue diferente. Cada uno gestiona de una forma y creo que voy a volver a mi primer discurso, creo que la implicación precisamente de los profesionales era fundamental. Quizás ese dinero, bien utilizado, con un compromiso por parte precisamente de las personas que hacían uso de esas peonadas sí que hubiese redundado en ese bienestar, pero bueno. Creo que lo pasado nos puede hacer reflexionar, pero no creo que usted sea responsable de lo pasado; usted ha cogido una situación a la que procura darle solución. Creo que lo que hay que hacer es incentivar lo público, derivar lo menos posible y quizás, en esa reordenación que están haciendo usted y su departamento, viendo pruebas para las que a lo mejor es mucho más sencillo poder adquirir los aparatos, como son la densiometría ósea, etcétera, etcétera, poder asumirlas desde el Departamento de Salud y no hacer derivaciones. Yo creo que ese dinero, bien utilizado, debe estar, porque hay momentos en los que todos sabemos que no podemos dar una satisfacción a los usuarios que necesitan premura, urgencia para su atención, y en esos momentos habrá que utilizarlo. Gracias.*

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

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. Bueno, otra vez con este tema que ya es bastante recurrente también en esta Comisión. Y también es recurrente el famoso documento del plan de ajuste de septiembre. Y, por cierto, una pequeña matización, hablando antes de la reorganización de los consultorios y de las urgencias rurales, lo único que hemos dicho, y es así, podrá decir usted que no tiene nada que ver con ajustes, pero es que esas medidas las planteó usted dentro del plan de ajuste presupuestario, el 28 de septiembre, por tanto, en ese contexto las conocimos y en ese contexto se plantearon. Volviendo a este tema, en ese mismo documento se planteaba también la revisión de los conciertos y las derivaciones, entre ellos los de los centros Laira y Argia, que se llevaron a cabo; se planteaban también otros, por ejemplo el convenio con la CUN, del que ya tuvimos ocasión de hablar, que ascendió el año pasado a 5,5 millones de euros y este año a 5,3 millones. La revisión de ese tipo de conciertos ha bajado de alguna manera, de manera insignificante, diría yo, por la cantidad de dinero de la que estamos hablando. Usted ha dicho que hay una reducción del 7 por ciento en las derivaciones o en las partidas consignadas a las entidades privadas, pero realmente no son cantidades significativas teniendo en cuenta la cantidad de millones de la que estamos hablando. Además, si vamos por ejemplo al año 2008, ahora mismo se está utilizando más dinero, las partidas son bastante más amplias en lo presupuestado en el 2012 que lo en lo que se presupuestaba en el 2008, por ejemplo. Con respecto al año pasado sí que hay una pequeña bajada, pero si vamos al 2008 vemos, por ejemplo, Clínica San Juan de Dios, 16.237.000 en 2008, 18.581.000 en 2012; San Miguel, 2.800.000, 4.254.000 en 2012; convenio con la CUN, 3.200.000 en 2008, ahora 5.359.000. Por tanto, yo creo que habría que ver también el conjunto.*

En todo caso, cuando... A ver, por favor, señor Presidente, ¿puede...? Es que...

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Sí, tiene usted razón, señora Ruiz. Guarden silencio, por favor.*

SRA. RUIZ JASO: *Dice que no se están manteniendo las derivaciones, y el señor Pérez Prados ha dicho que los datos están ahí, yo igual no me he enterado, pero yo no he visto ningún dato. Ha dado datos de las listas de espera, en la comparecencia anterior también nos dio un gráfico, pero sobre las derivaciones no nos ha dado ninguna*

comparativa para aseverar de esa manera que no se está derivando como se estaba derivando, por ejemplo, el año pasado. ¿Podemos tener una comparativa con las derivaciones en esta misma fecha el año pasado o en años anteriores y hoy? Los datos están ahí, dice el señor Pérez Prados, pero yo por lo menos no me he enterado si los ha expuesto. En todo caso, tendremos que esperar, como en tantas otras ocasiones. Si es cierto que no se están utilizando los mismos recursos para derivaciones que el año pasado, eso lo podremos comprobar fácilmente a finales de año o a primeros del año que viene cuando tengamos el presupuesto ejecutado. Se han consignado partidas muy parecidas a las del año pasado, me imagino que si se deriva mucho menos no se ejecutará todo el presupuesto que está consignado para las derivaciones y para las listas de espera.

También me ha llamado la atención que, en un momento en el que no hay peonadas, al parecer se están manteniendo las listas de espera. Nos ha hablado de dos factores que han podido incidir en ese mantenimiento de las listas de espera, pero en ambos casos habla de primeras consultas y también, por lo que hemos podido leer en la prensa, en ciertas operaciones, que es donde se mantienen. A mí me crea dudas y le quería preguntar, sinceramente, ¿está en marcha ya la segunda planta del quirófano de Ubarmin, que estaba a punto de abrir? Eso, por una parte. Y, por otra, también tengo constancia de que en el quirófano central del Complejo Hospitalario no se está operando por las tardes, por tanto, no sé, a mí me resulta un poco extraño que se estén manteniendo en todas las especialidades las listas de espera; me llegan otras informaciones que dicen que hay bastante más lista de espera, que hay menos sustituciones además y que no se está operando por las tardes en el quirófano central. Por tanto, me llaman un poco la atención esos datos.

En cualquier caso, cuando hablamos de listas de espera hablamos siempre de primeras consultas, yo creo que hay otro tema que hemos tratado también en comparecencias anteriores tanto con el Defensor del Pueblo como con usted, que es el tema de las revisiones. Sabemos que están fuera de la ley de garantías, pero, claro, cuando sale que las listas de espera bajan o que las listas de espera se mantienen, ahí tenemos el informe del Defensor del Pueblo, que habla de cuatrocientos veintisiete días de media en las revisiones sucesivas normales de espera sobre los plazos previstos. Por tanto, yo creo que los titulares muchas veces son muy llamativos pero hay otros factores que están fuera de esa ley de garantías y que también nos deberían preocupar, y también le preguntaría si en este caso también se tiende a derivar o no.

En cualquier caso, también me preocupa, y también ha corroborado lo que decía usted el señor Pérez Prados, que es imposible dimensionar la red pública en los picos, dentro de que la demanda no es uniforme, que dotar a la red pública de mayores recursos sería sobredimensionarla y que por eso es necesaria la derivación. Y no me voy a extender demasiado porque ya ha sido un tema bastante recurrente al hilo del proceso presupuestario, al hilo de los informes de la Cámara de Comptos, pero de alguna manera es repetir otra vez lo mismo, mientras se sigan utilizando recursos, que estamos hablando de cerca de 50 millones de euros, me imagino que aún estará en proceso y nos dirá que sigue en proceso el análisis de costes de los servicios que presta Osasunbidea, ya nos dijo que se estaba empezando el proceso y que irá para largo. De todas maneras, y al hilo de la pregunta que hacía la portavoz de Na-Bai al solicitar la comparecencia, da la sensación de que sin peonadas se cumple la ley foral de garantías, las listas de espera se mantienen, no hay derivaciones por lo que dice usted, entonces ¿hasta ahora qué se ha hecho? ¿Se ha tirado el dinero? Porque los informes de Comptos también nos lo dejan muy claro, el presunto ahorro, y nos quieren hacer creer, y lo digo muchas veces pero es verdad, que invertir en sanidad privada resulta más barato que invertir en la sanidad pública. Y a mí, realmente, hoy, una vez más, escuchar que es necesaria la derivación, con los principios de subsidiariedad que usted le quiere añadir, que sería sobredimensionar la red pública dotarla de más recursos y que por eso es necesaria la derivación me parece grave. Y yo creo que si se planteara invertir realmente en sanidad pública y dotar de los servicios que en estos momentos no hay... Hay muchos conciertos o derivaciones que evidentemente hay que hacerlos en la sanidad privada, pero hay muchos de ellos, como dice la portavoz de Na-Bai, que se podrían ofertar también en Osasunbidea, que cuando hace falta gente ya se hacen contratos de un día, de dos, de tres, de cuatro..., ahí están los datos que nos daban el otro día los sindicatos. En todo caso, quedo a la espera de su réplica. Muchas gracias.

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

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias a la Consejera y a su equipo. Hay un hecho para nosotros claro y evidente en cuanto a las derivaciones, y es que entre las decisiones que se tomaron en el último trimestre del año 2011 de ajustes presupuestarios para cumplir el objetivo de déficit, efectivamente, el Departamento de Salud anunció una disminución de las derivaciones a las más imprescindibles, pero después se han aprobado unos Presupuestos Generales de Navarra con unas partidas presu-*

puestarias destinadas a derivaciones, que es verdad que han sido entre un 5 y un 7 por ciento menores que las partidas dedicadas a estas derivaciones en el 2011, pero, desde luego, si hay presupuesto para derivaciones, entiendo yo que las derivaciones siguen existiendo. Por otra parte, yo plantearía aquí en esta Comisión que si alguien sabe de algún sistema sanitario de alguna comunidad autónoma que no tenga concertación con la privada lo exponga aquí. Yo creo que todos los sistemas sanitarios de comunidades autónomas, sistemas sanitarios públicos, tienen en alguna medida concertación con otros centros.

En cuanto a las derivaciones, voy a ser muy breve. Ya se ha dicho aquí que las derivaciones no se hacen solo para aligerar la lista de espera; cuando hay picos de demanda se deriva a pacientes para atenderlos en tiempo y forma, esto es la atención subsidiaria. ¿Y complementariedad? Le voy a dar dos ejemplos de complementariedad en esta comunidad autónoma, si estoy en un error que me corrijan: uno, la atención a los ingresos en cuidados paliativos en San Juan de Dios y otro, los trasplantes. Son dos actividades que se hacen de forma concertada con servicios privados. Ya se ha dicho aquí el tanto por ciento de derivaciones en cirugía y hospitalización, que no sobrepasa el 6 por ciento, y el 1 por ciento en consultas.

En cuanto al sistema alternativo a las peonadas para atender las listas de espera, esperaremos a que nos informe debidamente el departamento. Sí me llama la atención la mejora de la lista de espera sin tomar ningún tipo de actuación alternativa a las actividades extraordinarias. En cuanto al gasto de la partida para actividad extraordinaria, yo no sé en otros hospitales pero sí les comentaré que en Tudela, que es un hospital que conozco, el presupuesto para actividad complementaria iba ligado a un incremento de actividad, y están, me imagino, a su disposición si así lo piden los cuadros de mando, que daban dos cuadros de actividad en consultas externas, uno con actividad extraordinaria y otro sin actividad extraordinaria; por supuesto que cuando había actividad extraordinaria la actividad era mayor en los cuadros que cuando no había actividad extraordinaria, cuando no había peonadas. Otra cosa será si el incremento de actividad es la medida más adecuada para acabar con las listas de espera a medio y largo plazo, si aumentar la actividad de forma coyuntural es la solución definitiva. Ese es otro problema y otro planteamiento, pero desde luego sí les digo que el gasto, por lo menos en el hospital de Tudela, iba asociado a un incremento de actividad.

Y en cuanto a las cifras de lista de espera, a mí me cuesta creer que si no se hace nada alternativo a la actividad extraordinaria las listas de espera no aumenten en días o no aumenten en pacientes. Habrá que ver si los criterios de inclusión en esa lista de espera son ahora los mismos que los que se utilizaban en otro momento, pero, en definitiva, yo creo que ese es un tema que tendremos que verlo en otra sesión y, por lo tanto, nuestro grupo está de acuerdo con un sistema sanitario público potenciado pero subsidiariamente y con complementariedad de la concertación con la actividad sanitaria privada. Nada más. Muchas gracias.

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

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Gracias de nuevo, señora Vera, por su intervención. Usted decía que insistimos mucho en este tema y claro que insistimos, pero insistimos porque no estamos de acuerdo con las actuaciones concretas que su departamento está llevando a cabo en relación con las derivaciones a centros privados, en relación con los conciertos, ni estamos de acuerdo ahora ni estábamos de acuerdo en la legislatura pasada, por eso insistimos. E insistimos también porque seguimos pensando que sale muy caro derivar, seguimos pensando que no todas las derivaciones se deben tratar de la misma manera, el señor Martín hacía referencia a los trasplantes y a los cuidados paliativos. Y es evidente que si el sistema público de salud de Navarra no está dotado para atender las necesidades de la ciudadanía hace falta derivar, lo que pasa es que a nosotros nos parece, como le decía, que se deriva demasiado, pongo el ejemplo de la intervención de rodillas, que, según la Cámara de Comptos, salía carísima, por poner un ejemplo, tres veces más cara en la Clínica Universitaria que en los hospitales del sistema público.*

Además, usted hacía referencia a que solo se habían reducido un 3,8 por ciento estos presupuestos en derivaciones respecto al anterior y que estas derivaciones a los centros privados solo suponían un 5 por ciento del gasto sanitario, lo cual se contradice un poco, y permítame la expresión, con el revuelo que usted está montando con el tema de cocinas cuando toda la cuestión nutricional solo se lleva el 8 por ciento del presupuesto. Y también nos extraña que se siga derivando tanto mientras se sigue retrasando la apertura de los quirófanos, por ejemplo, o se han suspendido las peonadas. Bien, estupendo que se hayan suspendido las peonadas, pero aún no se ha implementado ninguna otra alternativa, o sea, primero mantenemos las derivaciones y a ver cómo nos arreglamos en el sistema público. Y, por otro lado, insistimos porque nosotros y nosotras, en Izquierda-Ezkerra, creemos y estamos convencidos de que hace falta reforzar el sistema navarro de salud, el público. Lo hemos dicho muchísimas veces y entendemos que hay que trabajar por ahí.

No tengo nada más que decir al respecto porque nos hemos repetido muchas veces y yo creo que nuestra postura está clara. Solamente, señora Ochoa, un comentario porque me ha sorprendido tanto que ustedes, como Partido Socialista, se hayan hecho responsables del uso que se ha hecho de las peonadas cuando ni siquiera gobernaban en la legislatura pasada... En fin, no sé, a mí su actitud, francamente, me tiene un tanto perpleja. Nada más. Muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Respecto a las derivaciones, yo creo que en los datos ha quedado claro que no hemos destinado el mismo presupuesto. Pueden decir que un 7,79 es una bajada insignificante, bueno, pues es una bajada insignificante; unas veces un 3 por ciento es una bajada enorme y otras veces un 7,79 es una bajada insignificante, no sé. Es la bajada que se ha producido y se ha producido en mayor medida que el resto del presupuesto.*

Transmiten una y otra vez que no es esto lo que está ocurriendo. Yo les cuento cuáles son los datos y es cierto que fue en septiembre cuando tuvimos que reducir las derivaciones y se redujeron las derivaciones, y se redujo, además, el gasto total del departamento en derivaciones. Si quieren se lo creen y si no quieren, no se lo creen, pero yo vengo aquí y les cuento lo que hay, no sé, igual con esto que con las personas que están en las listas de espera. Señora Ruiz, usted dice que tiene otra información. ¿Qué quiere decir, que lo que yo digo es mentira? ¿Los datos que me dan a mí del Servicio Navarro de Salud son mentira? Pues dígalo, que son mentira, no sé. Son los datos que hay y son los datos que están calculados, que son medias, y ya le he dado los datos de algunas de las especialidades, pero están pormenorizados y son los que hay. Entonces, no sé, si quieren se los creen y, si no, no se los crean, pero no sé para qué... Bueno, yo vendré las veces que tenga que venir, obviamente, pero yo vengo, cuento y para ustedes todo lo que estoy diciendo es mentira. Pues no sé qué sentido tiene, la verdad.

Les doy ahora un dato: por ejemplo, en el mes de enero, las derivaciones a la Clínica San Miguel se han reducido, se ha pasado de derivar 716 pacientes en enero del 2011 a derivar 219 pacientes en enero de 2012, eso es una reducción, ¿no?, no sé; en el caso de la Clínica Universitaria se han reducido en el mes de enero de 753 pacientes a 475 pacientes, también es una reducción, ¿no?, pero si quieren, no se lo crean que se ha reducido, sigan diciendo que es mentira y que no se han reducido. Y todo esto, además, lo digo a sabiendas de que la Clínica San Miguel, la Clínica Universidad de Navarra, San Juan de Dios, Josefina Arregui y todos los demás centros privados con los que concertamos son empresas navarras que están proporcionando empleo cualificado a nuestros ciudadanos, que están generando un tejido empresarial muy valioso en estos momentos y que estos centros colaboran con el sostenimiento de nuestra economía y, por tanto, con la pervivencia de nuestras localidades, porque les recuerdo que si no los utilizamos de forma continua al menos en una cantidad y los asfixiamos hasta que desaparezcan, empezando por los pueblos y ciudades donde están situados sufrirán las consecuencias por ejemplo en materia de empleo, y en el momento en el que los necesitemos porque haya un pico de demanda, tampoco los tendremos ahí para que apoyen al sistema público. No sé. Dicen ustedes una y otra vez que se deriva todo, si deriváramos todo no destinaríamos a derivación el 5 por ciento, destinaríamos el cien por cien o el 80 por ciento.

No se incluyen nuevas prestaciones en el sistema público. Tampoco es cierto. De hecho, una de las razones por las que se reduce el presupuesto de derivaciones o de concertación es porque, por ejemplo, este año se ha incorporado la unidad de fertilización al Complejo Hospitalario de Navarra y eso ha hecho que se haya reducido en una parte la concertación. Si deriváramos todo, como les digo, no sería el 5 por ciento. Y les vuelvo a repetir, en el País Vasco es un 7,46, en La Rioja un 6,85, la media nacional es 9,44. O sea que no, aunque digan que derivamos una barbaridad somos los que menos derivamos. Y aunque digan que no se invierte en el sistema público, en la sesión de gobierno de hace dos semanas se aprobó el equipamiento de los quirófanos de Ubarmin, que, por cierto, como ha aprobado el equipamiento ahora se va a hacer durante estos tres meses, o sea que no están funcionando todavía los nuevos quirófanos, que me preguntaba usted, señora Ruiz; dense una vuelta por el Complejo Hospitalario y vean el edificio de urgencias y vean el edificio del Pabellón C, y sigan diciendo que no se invierte en la sanidad pública. Es que no sé, es un discurso que yo creo que se cae y, si no, no hay más que darse una vuelta por las inversiones que se están realizando en estos momentos.

Los criterios de derivación siempre son criterios clínicos, siempre; criterios clínicos o cuando se van a sobrepasar las garantías o los tiempos máximos de la ley de garantías. No se deriva todo. Eso, de verdad, no lo puedo admitir porque no es así. Me decía en qué se empleaba el dinero de las peonadas. No sé si quiere sembrar alguna duda respecto a los profesionales del Servicio Navarro de Salud, pero si es así, yo creo que no está tampoco en lo cierto. Ese dinero se empleaba en pagar programas extraordinarios y, de hecho, creo que en sus manos hay un informe de la

Cámara de Comptos que dice que se empleaba en pagar programas extraordinarios y no en otra cosa ni en ninguna cuestión oscura o algo diferente. Pero yo ya les he explicado mil veces, y lo explicaré otras mil si es necesario, que aunque se pagaran esas cantidades, las peonadas solucionaban puntualmente. Solucionaron, y así lo dice también el informe de la Cámara de Comptos, el problema de la lista de espera en un momento coyuntural, pero en ningún sistema donde se han utilizado solucionan el problema de la lista de espera de una manera definitiva. Y les dije también el 13 de febrero, cuando les expuse que habíamos conseguido mantener la lista de espera dentro de los plazos establecidos por la ley foral de garantías sin recurrir a programas extraordinarios, que eso venía a reafirmar las consecuencias negativas en el medio y largo plazo que los planes de choque o programas extraordinarios pueden tener en los comportamientos de la demanda y en el de la productividad ordinaria, tal y como dicen muchos expertos en gestión sanitaria, y que por eso nosotros los habíamos eliminado en su momento. Así que dejen de buscar fantasmas donde no los hay porque la cuestión yo creo que es bastante más simple; las peonadas se pagaron a los profesionales, pero no solucionaron el problema de forma estructural, lo solucionaron en un momento puntual, porque yo creo que no se puede acometer ese problema a golpe de talonario y ya lo dije aquí también. Además, aunque a ustedes les parezca que todo lo que hacemos lo hacemos fatal, y es lo que llevamos oyendo los últimos ocho meses, yo creo que estamos tratando de aportar todo el esfuerzo y el trabajo posible en intentar hacer las cosas mejor. Y ya les dije también que empezando esto no solo por nosotros sino también por los profesionales sanitarios, que, como he oído aquí esta mañana y también hemos manifestado en muchas ocasiones, son los verdaderos artífices de que la lista de espera esté donde está, tanto por su actividad o por su productividad en actividad ordinaria como por la relación que tienen en cuanto a la generación de la demanda.

Por otro lado, me permito también reiterarles que el Servicio Navarro de Salud está en estos momentos gestionando las listas de espera con mecanismos de priorización de pacientes, separando entre intervenciones preferentes y no preferentes, intentando evitar demoras improcedentes en aquellos procesos que tienen mayor importancia clínica como pueden ser la cirugía oncológica, cardiaca y vascular. Y, como ya les informé también el día 13 de febrero, hemos puesto en marcha el grupo de trabajo para la gestión administrativa de las listas de espera, que cuenta con la participación de responsables de los servicios de admisión de los hospitales, del centro Príncipe de Viana y de Salud Mental, y entre otras tareas, tiene el encargo de redactar un manual de procedimiento administrativo para la gestión del registro de pacientes en lista de espera en Navarra. Todas estas cuestiones, también la generación de ese manual, establecer unos procedimientos claros y que todos los profesionales sigan esos procedimientos, esa estratificación de pacientes, hacen que los resultados sean mejores. Y creo que es algo de lo que nos tendríamos que alegrar todos en vez de pensar que como las cosas son así o yo digo que son así son mentira. Pues es que no son mentira, es que las cosas son así.

Y también me gustaría recordarles a todos ustedes que la lista de espera es un cometido de todos nosotros por nuestro papel de pacientes, porque en el año 2011, como creo que se ha dado a conocer, un total de 44.795 personas que tenían cita con el médico especialista no acudieron a la consulta en el día y hora previstos para la visita sin que mediara un aviso previo. Eso son, más o menos, unos 150 diarios, un 15,5 por ciento de las citas que se dieron en consultas de atención especializada. Solamente con evitar eso, probablemente no existiría la lista de espera.

Y respecto a las revisiones, que me decían, yo creo que las revisiones merecen un análisis más profundo porque creo que no se pueden tratar de la misma manera que las primeras consultas, y, de hecho, por eso están excluidas de la ley de garantías. Nuestra visión, y así lo vamos a hacer, es que hay que hacer un análisis de las personas que están en listas de espera o revisión y las razones por las que están para tratar también de priorizar o de buscar cuáles son las razones y gestionar eso de una forma más racional.

Y, por último, como hablan de que concertamos o derivamos todo, les daré un dato que no sé si conocen. En Gipuzkoa toda la atención de urgencias está concertada con la sanidad privada. Sin embargo, parece que aquí derivamos todo. Nada más. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Llegados a este momento, hacemos un receso de unos diez minutos aproximadamente. ¿Quería decir algo, señora De Simón?*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Sí. Simplemente, quiero pedir disculpas porque me tengo que ausentar debido a que tengo que atender un problema familiar. Gracias.*

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Vale. Reanudaremos la sesión a las 12 y 10 minutos.*

(Se suspende la sesión a las 12 horas y 2 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 14 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre los pasos realizados para la creación de la entidad pública Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra y se establece la organización de la Red Transfusional de Células y de Tejidos Humanos.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Reanudamos la sesión con el tercer punto del orden del día: Comparecencia para que la Consejera de Salud informe sobre los pasos realizados para la creación de la entidad pública Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra y la organización de la Red Transfusional de Células y de Tejidos Humanos. Señora Fernández de Garaialde, su grupo ha solicitado la comparecencia, tiene la palabra.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. Voy a hacer una matización, antes de nada, y como siempre se repite cuando luego ya no tenemos la palabra, pero en este caso sí la volvemos a tener, quiero dejar muy claro que este grupo nunca ha dudado ni ha puesto en duda a los profesionales, lo que sí ha dicho es que se ha despilfarrado por políticas concretas de UPN, y lo digo porque, además, lo ha dicho la señora Consejera. Se han tomado medidas coyunturales frente a problemas estructurales y eso, a pesar de que alguien crea que no pegamos palo al agua, desde este grupo, desde la oposición se ha dicho muchísimas veces. Y eso es despilfarro.*

Y siguiendo con el tema que nos toca ahora, hace ya más de un año se aprobó la Ley del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra. Se creó la entidad pública Banco de Sangre y Tejidos de Navarra siendo un órgano dependiente de la Dirección de Asistencia Especializada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y no voy a leer toda la ley, pero lo que sí le gustaría a este grupo es saber qué es lo que se ha hecho en más de un año –creo que hemos tenido paciencia suficiente– para la creación de este Banco de Sangre y Tejidos. Y, aparte, dentro de la propia ley pone que el puesto de director se proveerá mediante concurso-oposición entre el personal médico especialista en hematología y hemoterapia adscrito al organismo autónomo y que acredite más de dos años de experiencia en transfusión. Queremos saber en qué fase de cumplimiento se encuentra este concurso-oposición y, por supuesto, queremos oír de primera mano, no por lo que podamos oír en otros espacios sino aquí, si es cierto que se tiene intención de cambiar la ley y si el Banco de Sangre sigue dependiendo de la Dirección de Asistencia Especializada como marca la propia la ley. Muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Señoría, el día 8 de febrero de 2011 se dictó la Orden Foral 15/2011 de la Consejera de Salud, por la que se creaba la comisión asesora técnica para la aplicación de dicha ley y por la que se creaba también la entidad pública denominada Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra. Mediante la misma se estableció asimismo la organización de la Red Transfusional de Células y Tejidos Humanos en Navarra. Dicha comisión asesora técnica se creó con las siguientes funciones: realizar un estudio sobre la estructura actual, funcionamiento y recursos para su adaptación a la nueva normativa; proponer el desarrollo reglamentario necesario para la aplicación de la Ley Foral 20/2010, de 13 de diciembre, y cualesquiera otras funciones que sean necesarias para el ejercicio de sus competencias. Y esa comisión asesora técnica estaba compuesta por la presidenta, Directora General de Salud en su momento, y como vocales, el Director de Asistencia Especializada, el Coordinador Autonómico de Trasplantes de Navarra, los coordinadores de trasplantes del Complejo Hospitalario de Navarra, el Director del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra, un especialista del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Complejo Hospitalario de Navarra y dos representantes de los Servicios de Transfusión del Complejo Hospitalario de Navarra; y como secretaria, la secretaria técnica del Departamento de Salud.*

Se reunió por primera vez con fecha 14 de marzo de 2011. En dicha reunión se expuso, entre otras cosas, que en junio de 2010 se había elaborado desde el Banco de Sangre un plan para la creación de un banco único de tejidos que comprendiera huesos y córneas con el propósito de conseguir la autosuficiencia de los hospitales públicos de Navarra con respecto a estos tejidos, cumpliendo con los criterios de calidad, trazabilidad y biovigilancia y utilizando las mejoras organizativas más convenientes para hacerlo con la menor utilización de recursos posibles. La elaboración de este plan respondía a una propuesta que se explicitó en el Plan de Hemoterapia presentado en octubre del 2009. El plan podía servir de base para el desarrollo de la Ley Foral 10/2010 y por eso se utilizó. En él se estudiaba la situación en la que hasta entonces se encontraban los tejidos en Navarra, analizando los bancos existentes, su actividad, la procedencia de sus donaciones, sus infraestructuras y protocolos.

La segunda reunión de la comisión asesora técnica tuvo lugar el 9 de noviembre de 2011 y fue convocada por este equipo del departamento. Se presentó en esa comisión el plan de creación de un banco único de tejidos. Ese plan, del que se había hablado en la primera reunión, se expuso con detalle por parte de la persona que lo había realizado. Las líneas estratégicas de dicho plan eran el autoabastecimiento de tejidos dentro del Servicio Navarro de Salud, la mejora en la calidad, trazabilidad y biovigilancia, la adecuación a la nueva estructura hospitalaria, primar la donación procedente de cadáver y la creación de un banco de tejidos para todos los hospitales públicos y, por último, financiar las mejoras trasladando los beneficios de las mejoras organizativas. Y los objetivos de ese plan que se presentó eran: aumento del número de donantes, elaboración de un programa informático de control de stock de tejidos, revisión de los protocolos de detección y extracción, creación del banco de tejidos, y puesta en marcha de la gestión integral de la calidad.

En esa misma reunión de noviembre y tras el pertinente análisis de la Ley 20/2010, todos los expertos coincidieron en plantear una modificación de la Ley Foral 20/2010 en el sentido de excluir de las funciones del Banco de Sangre y Tejidos todo lo relativo a los órganos. Son dos las razones principales en las que se apoyaron los expertos que les he comentado que forman parte de esa comisión cuando nos transmitieron esa recomendación: ninguna comunidad autónoma incluye la coordinación de órganos y trasplantes en los bancos de sangre y tejido, y todos entendieron que la coordinación de órganos y trasplantes funciona bien, su ámbito es hospitalario y no requiere almacenamiento ni gestión de necesidades como la sangre y los tejidos; se coordina a través de la Organización Nacional de Trasplantes, la ONT, organismo técnico perteneciente al Ministerio de Sanidad y su principal objetivo es el fomento de la donación altruista y la gestión de los recursos explantadores y trasplantadores con el único fin de que el ciudadano español que necesite un trasplante tenga las mayores y mejores oportunidades de conseguirlo.

En la tercera reunión de la comisión asesora técnica, de fecha 21 de noviembre de 2011, se aprobó un documento justificativo de la propuesta de modificación de la Ley Foral 20/2010 con la finalidad de que todos los aspectos relacionados con los órganos y la coordinación de los mismos sean suprimidos de esta ley. En dicho documento justificativo nos expusieron lo siguiente. Por un lado, el Real Decreto 1088/2005, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de hemodonación y de los centros y servicios de transfusión y, por otro, el Real Decreto 1301/2006, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para donación, obtención, evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento y distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para uso en humanos. Son dos reglamentos paralelos, es decir, lo que regula la actividad de hemodonación y lo que regula la actividad de tejidos son dos reglamentos paralelos muy similares que comparten un mismo modelo organizativo. De hecho, prácticamente la única diferencia que existe entre ambos es el tipo de producto que regulan, en un caso la sangre y componentes sanguíneos, en el Real Decreto 1088/2005, y los tejidos en el Real Decreto 1301/2006. Este es el motivo por el que la mayoría de los bancos de sangre de las diferentes comunidades autónomas han incorporado los tejidos a su actividad diaria, porque es una manera de centralizar los tejidos optimizando los recursos humanos y materiales, de forma que se garanticen las normas de calidad y seguridad que nos marca la ley. Además, y teniendo en cuenta que es una recomendación que la Cámara de Comptos hizo al Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral allá por el 2008, parece lógico que se incorpore esta nueva función a su actividad.

Por el contrario, en ese documento justificativo nos expusieron en cuanto a la obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos que están regulados en el Real Decreto 2070/1999 y que es un proceso que se realiza exclusivamente en el ámbito hospitalario. A estos efectos, existe en Navarra un coordinador autonómico de trasplantes en el centro A y otro en el B del Complejo Hospitalario. Hay que destacar, además, que ningún banco de sangre regional de nuestro país tiene incorporados dentro de sus funciones los órganos. Por estos dos motivos, parece que el Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra puede aportar poco valor añadido en materia de gestión de órganos. La comisión asesora técnica ha propuesto, entonces, que se deroguen de la Ley 20/2010 todos los aspectos relacionados con la obtención y utilización clínica de los órganos humanos, así como la coordinación autonómica y territorial de donación y trasplantes de órganos. Esto es lo que nos han propuesto, está en una propuesta técnica y nosotros todavía no hemos iniciado los trámites de modificación de la ley, pero como usted me preguntaba por esa cuestión, pues es la propuesta que técnicamente nos han hecho desde esa comisión.

Con respecto a la segunda pregunta, relativa a la fase en que se encuentra el concurso-oposición para el puesto de director, le diré que en lo que concierne al modelo de organización y gestión, la Ley Foral 20/2010 establece parcialmente la estructura orgánica y organizativa del Banco de

Sangre y Tejidos de la Comunidad Foral de Navarra estableciendo la dependencia del mismo del Servicio Navarro de Salud y creando la figura de un director y un subdirector de gestión y recursos humanos. Esta estructura orgánica es totalmente dispar a la regulación existente de la organización del Servicio Navarro de Salud, recogida principalmente en el Decreto Foral 45/2006, por el que se establecen sus estatutos. La estructura interna de la Administración es y debe ser algo mutable y tiene que tener una coordinación y coherencia. Por ello, aprovechando la ocasión de que actualmente se está tramitando un nuevo decreto foral de estructura del Servicio Navarro de Salud, desde el Departamento de Salud queremos suprimir la regulación a través de la ley foral de la estructura orgánica del Banco de Sangre y Tejidos para que sea desarrollada junto con el resto de estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud en un instrumento jurídico más apropiado y ágil a la hora de moldearse según las necesidades reales de cada momento.

A esto hay que añadir que actualmente, como ustedes saben, estamos inmersos en un proceso de unificación del Complejo Hospitalario, de creación de áreas clínicas, y el Banco de Sangre va a verse influenciado por dicho proceso de unificación debiendo desde el Servicio Navarro de Salud terminar de definir de forma homogénea con el resto de servicios y áreas clínicas la forma de provisión de las jefaturas. Esta ha sido también la razón fundamental por la que desde el departamento, en estos meses en los que hemos estado al frente del mismo, no hemos iniciado la tramitación para la cobertura mediante concurso-oposición del director del Banco de Sangre.

Y, en tercer lugar, respecto a la pregunta que me hacía usted sobre los pasos que se han dado con el propósito de adecuar la actividad del Banco de Sangre a la Ley Foral 20/2010, le diré que desde su publicación el Banco de Sangre ha venido trabajando para adecuarse a su contenido. En este sentido, abordar la nueva función del centro como banco de tejidos ha supuesto incorporar unos requisitos de personal, organizativos, técnicos y administrativos que cumplan con la normativa vigente y específica de tejidos establecidos en el Real Decreto 1031/2006.

En lo que se refiere a requisitos de personal, el Banco de Sangre precisaba la contratación de un biólogo clínico. Se procedió a la reconversión de la jefatura de servicio del banco en una plaza de biólogo clínico y posteriormente se convocó una prueba de promoción interna para cubrir dicha plaza de biólogo clínico en el Banco de Sangre. Esta prueba se realizó en junio de 2011 y la incorporación efectiva se produjo en septiembre de 2011. Esta figura asume, entre otras, las funciones de responsable técnico del Banco de Tejidos.

Son necesarios también una serie de requisitos organizativos, como les decía anteriormente, la redacción de los procedimientos operativos estandarizados y registros asociados que aseguren la adecuada recepción, procesamiento, almacenamiento y distribución y que aseguren la trazabilidad de los tejidos, tal y como se indica en el Real Decreto 1031/2006. Esto se ha finalizado en marzo de este mismo año 2012.

En cuanto a los requisitos técnicos, están, por un lado, los requerimientos de un espacio físico y, por otro lado, las necesidades de equipamiento. El 3 de noviembre de 2011 finalizó el traslado de las técnicas de tipaje HLA, realizadas hasta entonces en el laboratorio de histocompatibilidad del Banco de Sangre al Servicio de Inmunología del Servicio Navarro de Salud. A partir de esa fecha, este espacio quedó disponible para poder ubicar allí el Banco de Tejidos.

En cuanto al equipamiento, el equipamiento necesario ha tenido que financiarse con los presupuestos de 2012, ya que al ser una ley aprobada en diciembre de 2010 no fueron contempladas estas necesidades en el presupuesto del año 2011. El 7 de marzo de 2012 se ha recibido un analizador de córneas que actualmente se está probando. Este equipo incrementará la calidad del método actual, ya que permitirá un recuento del endotelio corneal y de la paquimetría de la córnea, lo que supone una mayor eficacia de las extracciones corneales. También se ha solicitado y ya está aprobado un programa de tejidos, e-Delphyn. Este programa es una herramienta muy útil para garantizar la trazabilidad del tejido y hasta su puesta en marcha se seguirá un sistema de registros en papel también contemplado en el Real Decreto 1031/2006.

El Banco de Sangre y Tejidos de Navarra ha solicitado también al Servicio de Ordenación e Inspección Sanitaria del Departamento de Salud la autorización para su funcionamiento como banco de tejidos. Esta inspección está previsto realizarse el próximo día 12 de abril de este año, de 2012. Tenemos previsto comenzar de forma progresiva con los distintos tejidos, en primer lugar, con córneas, después con el tejido osteotendinoso y, posteriormente, con el resto. Antes del verano del presente año se iniciará el funcionamiento centralizado de un banco de córneas para toda Navarra. Así, además de todas las funciones que contempla la ley como centro comunitario de transfusión que ya viene desarrollando el Banco de Sangre y Tejidos, también se asumirán en lo referente a córneas todas las funciones que desarrolla la ley como banco de células y tejidos humanos. La centralización del banco de tejido

osteotendinoso, que concluirá durante el verano, tiene un elemento adicional de complejidad, puesto que también hay que tener en cuenta el proceso de unificación de los servicios de traumatología del Complejo Hospitalario de Navarra, y se producirá un poco al mismo tiempo. Nada más. Muchas gracias.

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

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO: *Muchas gracias, señor Presidente. Agradezco la información que me ha dado. Después de oír la comparecencia analizaremos muchísimo más la información que nos ha dado, pero hay unas cosas que sí que quiero aclarar. Si yo le pedí una información sobre las comisiones y todo lo que se había creado en relación con el tema de bancos de sangre y tejidos, si me la dio en diciembre, en vez de solo la reunión del 14 de marzo, bien me podría haber dado usted las posteriores y en estos momentos tendría bastantes más argumentos para poder responder a lo que usted nos ha dicho. Insisto, analizaremos con más detenimiento lo que nos ha dicho. Sabemos que en estos momentos en el Banco de Sangre y Tejidos no hay nada de tejidos, no hay nada. Si están haciendo estudios o si no están haciendo estudios... Siempre dice que no le creemos, en esto yo le creo, volveré a preguntar porque si están en esa fase técnica, pues muy bien.*

Me gustaría saber cuánto se le cobra a la CUN como consumidora de concentrados de plasma, que esta es una información que usted me dio. Por cierto, lo que pueden hacer también, ya que suelen ir mucho a ver otros sitios y les gusta compararnos con otros centros, es ir a ver el centro de sangre y tejidos de Galdácano y aprender bastante de él, porque lo que no hacen es quitar unos servicios o unas prestaciones para poner otras, es decir, para poner tejidos no quitan otros espacios. Y digo esto porque, claro, aquí, entre otras cosas, cuando decimos que vamos a hacer un banco de sangre y tejidos en su conjunto y todo lo que supone, empezamos quitando el laboratorio de HLA, que no sé si esto tiene algo que ver o no con una denuncia que hubo, creo que allá por el año 91, de la Clínica Universitaria por haber puesto el laboratorio de HLA; les habrá costado mucho tiempo, no sé si tiene que ver con aquello, pero bien cierto es que todas las pruebas que se hacían en el laboratorio HLA se derivaron a Barcelona. Posteriormente, yo hice una pregunta para saber cuánto costaba quitar el laboratorio de HLA para derivar las muestras a Barcelona hasta ponerlas en el Hospital Virgen del Camino, hasta poner el laboratorio. Se me dio una respuesta inconcreta, no se me respondió en absoluto a lo que pregunté, con lo cual no tengo con qué comparar cuánto costaba antes y cuánto cuesta ahora el laboratorio de HLA, y, desde luego, como suelo fiarme y mirar las respuestas que me dan directamente desde su departamento, le agradecería que cuando se piden respuestas nos dé la respuesta correcta.

Y otra cosa que me hace temblar con el tema del Banco de Sangre y Tejidos es lo que está pasando ahora con el tema de las plaquetas, con el tema de las no aféresis y la realización de los pool*, porque, entre otras cosas, mientras se pierden concentrados de hematíes, y ustedes saben que se pierden, concretamente del 58 por ciento pasan al 52 por ciento, antes, cuando se hacía lo de las aféresis, después del proceso parte iba a la industria y de ahí se recibían hemoderivados que revertían al hospital a precio de saldo. Ahora no hay plasma para enviar a la empresa y para la realización de esos hemoderivados, con lo cual, se compran a precio de mercado. Digo esto porque en ese reforzamiento que dicen ustedes de cumplimiento de la ley del Banco de Sangre y Tejidos, nos estamos encontrando con que a día de hoy, después de más de un año, todavía no tenemos los tejidos donde tienen que estar, se ha quitado el HLA, no sabemos con qué coste para el departamento, se ha hecho este cambio de extracción no realizando aféresis y sí realizando los famosos* pool *no sabemos con qué incremento de coste para el departamento, los controles de calidad del producto los han externalizado, y si estoy equivocada me lo dice y, si no, no, si se han externalizado los controles de calidad de los productos del Banco de Sangre, porque también va en contra de lo que dice la propia ley. Es decir, no se ha hecho nada, se quita el HLA, el fraccionamiento de derivados se elimina pero se tienen que comprar; a pesar de todo existen trece niveles A más jefa de unidad.*

Explíquennos bien qué es lo que están haciendo en ese Banco de Sangre y Tejidos, pero explíquennos claramente, no como nos explica hasta ahora, que otra vez ha sido la capa externa. ¿Para cuándo vamos a tener un Banco de Sangre y Tejidos en condiciones? ¿Para cuándo? ¿Por qué esta eliminación del HLA? ¿Por qué esta decisión con el tema de las plaquetas? ¿Cuánto nos va a costar de más esa decisión que ustedes han tomado? Porque si cuando preguntamos por escrito no nos dan las respuestas, tendremos que preguntar aquí, a ver si así por lo menos en algún sitio nos responden ustedes a lo que les estamos preguntando. Porque el Banco de Sangre genera recursos y todo el mundo sabe que genera recursos a través del altruismo de los pacientes y de las pacientes, y por eso queremos que siga siendo un Banco de Sangre y Tejidos público y de calidad, porque a día de hoy no sabemos qué está pasando y, desde luego, ustedes no nos dan la información. Y digo esto porque, además, cuando hice la pregunta de todo lo que era el tema de las plaquetas, usted me habló de la

evidencia científica y me puso como ejemplo Murcia, estudios realizados en Murcia, pero lo que no me dijo es que en Murcia en estos momentos están buscando donantes de AB para aféresis. Cuando usted nos pide a nosotros que hablemos de las cosas que tenemos y cuando usted nos pide, no sé, todo ese discurso de "vamos a apoyar la sanidad", denos la información correcta y la información que le pedimos porque, si no, aunque a usted le parezca un desperdicio tener que venir aquí, tendrá que venir una y mil veces para que nos dé la información que nos tiene que dar y que le estamos pidiendo.

Y, por cierto, en el cambio de decisión con el tema de las plaquetas, uno de los cambios es reducir drásticamente la transmisión de agentes infecciosos con estos componentes sanguíneos. Por favor, encima no nos genere alarma social. Porque, ¿qué pasa?, ¿se va a reducir drásticamente la transmisión de agentes infecciosos? ¿Qué pasa, que hasta ahora estaban transmitiendo? ¿Hasta ahora estaban transmitiendo? No generen alarma social, dennos la información correcta, pongan de una vez por todas en funcionamiento ese Banco de Sangre y Tejidos público y de calidad, díganos qué es lo que están haciendo con el HLA, díganos cuánto ha costado el cambio del HLA y díganos cuánto dinero le está costando a Osasunbidea el cambio en el tema de las plaquetas, que, como digo, ya se lo hemos preguntado por escrito. Y sean claros con qué es lo que están haciendo con el Banco de Sangre. Sean claros, que el Banco de Sangre existe porque la gente, de manera altruista, está donando. No privaticen el Banco de Sangre y Tejidos y que sea verdaderamente público. Muchas gracias.

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

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias de nuevo, señor Presidente. Quería también iniciar mi intervención haciendo referencia a algunas palabras de intervenciones anteriores para aclarar alguno de los aspectos. Decía la señora Ruiz... Claro, ella compara los presupuestos del año 2008 con los del año 2012 y yo me pregunto por qué compara el 2008 con el 2012, me imagino que lo compara porque le conviene a los objetivos que quiere presentar. Lo lógico es comparar con el año precedente, 2011 con 2012. Nos tiene acostumbrados a esas estrategias o formas de presentar las cosas, a ver si las afirmaciones que a continuación hace van calando ahí, pero lo cierto es que ha disminuido la cantidad presupuestada para derivaciones del año 2011 al 2012, que es lo más reciente que tenemos. Y lo mismo ocurre con el informe del Defensor del Pueblo, sigue insistiendo en los cuatrocientos veintisiete días de retraso que suben las consultas sucesivas normales. Efectivamente, son cuatrocientos veintisiete días en ese tema, en las sucesivas de resultados son cuarenta y ocho y en las sucesivas preferentes son setenta; entonces, yo podría utilizar cualquiera, cuarenta y ocho días, con la misma legitimidad que usted. En realidad, la media total, que es el dato que habría que dar, es de ciento treinta y nueve, y el año anterior, en 2011, fue de ciento treinta y ocho. Entonces, va dejando constantemente, en cada intervención que tiene, cuatrocientos veintisiete, cuatrocientos veintisiete... Bueno, pues es uno de los aspectos, otro son cuarenta y ocho y otro son setenta días. Y así, vamos pasando la vida, más o menos.*

El dato que ha dado la Consejera al final de una de las intervenciones hechas es para tenerlo en cuenta, casi cuarenta y cinco mil inasistencias de pacientes que no acuden a una consulta que tienen ya fijada sin anular, sin avisar que no van a ir; ciento cincuenta al día sin avisar, a mí me parece un dato interesante, por eso insistía antes en la importancia de las propuestas que se hacían en ese estudio científico publicado en la revista Anales*, en el primero de los puntos, desarrollar acciones de información y educación de la población, de los futuros pacientes, dirigidas a promover el autocuidado y yo añadiría la responsabilidad que tenemos como usuarios del sistema en procesos autolimitados, favorecer el uso correcto de los servicios de urgencia y, en general, en los diferentes niveles de atención, correcto y responsable. A mí me parece muy importante ese punto que aparece como propuesta en este estudio al que hacíamos referencia en el punto anterior.*

Y entrando en este aspecto, yo veo, desde luego, en los tres puntos contenidos en la documentación que nos han dado para este tercer tema sobre el Banco de Sangre y Tejidos de la Comunidad, en qué fase se encuentra de cumplimiento de la ley, si es cierto o no que se está cambiando y si se tiene intención de cambiar esta ley a corto plazo, la diferencia con la intervención y las preguntas que se hacen aquí, que desconocemos el resto de grupos parlamentarios el contenido de la comparecencia y nos coloca en una situación un poco, no sé cómo decirlo, fuera de... No teníamos referencia ni información de estos detalles concretos que se están planteando, entonces yo tengo que ir a la respuesta que aparecía en la documentación que envía original y en el escrito que a nosotros nos facilita. Y, en este sentido, efectivamente, esa comisión técnica y las reuniones que ha tenido, que acaban en noviembre haciendo una propuesta y aprobando un documento justificativo de la propuesta de modificación de la Ley 20/2010 por las razones que ya nos ha expuesto la Consejera en su intervención, que se derogue esa ley en todos los aspectos relacionados con la obtención y utilización clínica de órganos humanos, y esa idea que tienen de aprovechar la redacción del nuevo

decreto foral de estructura del Servicio Navarro de Salud desde el Departamento de Salud para aprovechar también y suprimir esa regulación a través de la ley foral de la estructura orgánica del Banco de Sangre. Yo creo que las explicaciones dadas por la Consejera justifican y aclaran cuál es la situación actual en que se encuentra el Banco de Sangre, ya digo, limitándonos un poco a lo que decían los papeles de la convocatoria de la comparecencia que se iba a tratar aquí. Se ha ido, no obstante, avanzando en el desarrollo con la contratación de este biólogo clínico, la redacción de los procedimientos y la utilización de diferentes espacios físicos que ahora quedan disponibles para ubicar ahí el Banco de Sangre.

Otro aspecto importante es que al aprobarse esas propuestas de la ley a finales del año 2010 no hubo tiempo de incorporar en los presupuestos de 2011 ninguna partida presupuestaria para atender los aspectos económicos que necesita la ley para su implementación, cosa que ya se ha hecho en el año 2012.

En relación con el contenido de la comparecencia, las explicaciones dadas vienen a dejar clara cuál es la situación y el porqué de estos posibles retrasos que ha habido en la implementación de esta ley que a más a más se está proponiendo una modificación de la misma desde esa comisión técnica convocada y creada al efecto. Muchas gracias.

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

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, ya me permitirá este rollito que nos llevamos usted y yo, pero, señor Pérez Prados, por favor, que utilice la mitad de su intervención para responderme a mí de las dos comparecencias anteriores..., me parece que recurre usted un poco a trampillas. Y, si no, cuando seamos primera fuerza nos pasará lo mismo que a usted, que igual tendremos el primer turno y así no tendremos derecho a réplica. En todo caso, ni usted ni yo somos especialistas en el tema y tenemos que valorar lo que hemos escuchado y las preguntas que hayamos podido hacer. A nosotros también nos genera dudas el desarrollo de esta ley, más cuando, como decía la misma solicitud de comparecencia, la disposición adicional tercera en su momento encomendaba al Gobierno de Navarra el desarrollo urgente de esta ley foral en el plazo de tres meses. A ese efecto, nosotros también realizamos en agosto algunas preguntas escritas, cuál era en aquel momento el nivel de desarrollo de la Ley Foral 20/2010 y pedíamos también una previsión en calendario de las próximas actuaciones. La respuesta fue también bastante escueta. Se nos dijo lo mismo que se ha comentado hoy, que los aspectos relacionados con la sangre, componentes sanguíneos y hemoderivados estaban desarrollados antes de la entrada en vigor de esta ley, y en lo referente al Banco de Tejidos, que se había procedido a la asignación de recursos humanos y materiales. Hoy nos ha dado alguna información más, el analizador de córneas, que se ha solicitado más equipación, etcétera. Y respecto al calendario, se nos dijo que estaba previsto comenzar la distribución desde el Banco de Tejidos de los primeros productos para el primer semestre de 2012; entonces, no le he entendido si eso es lo que se ha hecho ahora en marzo...*

Esa era la primera pregunta. Luego, tuvimos ocasión de realizar una visita al Banco de Sangre y Tejidos y allí también, dentro de la información que nos dieron, nos dijeron que les hacía falta una inversión fuerte, sobre todo en el tema del Banco de Tejidos, para empezar a funcionar. En aquel momento, según la información que nos dieron, disponían de cincuenta y mil euros, pero estaban a la expectativa de unificar los tejidos que había en Ubarmin, en Virgen del Camino; que, de momento, se estaban almacenando córneas y huesos, por lo menos lo que tengo yo apuntado, y que según la financiación y las necesidades se ampliarían. Nos dijeron también que lo que allí se hacía o lo que estaba previsto que se hiciera allí era todo lo que se refería también a la donación de médula y que el resto de tejidos se recogerían allí, pero que se mandarían fuera. Entonces, quisiera preguntar en qué situación está ahora mismo o qué previsión hay con este tema.

En todo caso, en enero volvimos a preguntar cómo se estaba gestionando el control de tejidos, órganos y hemoderivados del Banco de Sangre y Tejidos, y se nos dio cuenta de las reuniones, se dijo que había habido tres reuniones de esa comisión asesora técnica, no se nos informó del contenido exacto de las reuniones, que es lo que ha hecho hoy, pero tampoco me ha dado demasiado tiempo a apuntar. Y lo que sí me llama la atención es lo que ha comentado respecto a la reunión del 9 de noviembre, que ahí se plantea una modificación de la ley; me llama la atención que una ley hecha ni siquiera un año antes..., o sea, que se plantee una modificación de ley para excluir una parte, derogar una parte en lo que respecta a los órganos y, además, con el argumento de que es la única comunidad que recogía eso en la ley del banco de sangre y tejidos; no sé, a mí por lo menos se me hace llamativo que de una ley que no ha cumplido ni un año ya se plantee la modificación con lo que eso significa, ¿no? Me llama la atención, simplemente.

Y luego, sí que le preguntaría, porque tampoco me ha quedado claro, la última pregunta que ha planteado la señora Fernández de Garaialde con el tema de la estructura orgánica, con la parte de la ley que establece la dirección, la subdirección, etcétera. Ha dicho que no se ha tramitado ningún

concurso-oposición, he creído entender que bajo los criterios de la unificación que ahora mismo se está poniendo en marcha del Complejo Hospitalario de Navarra y en aras de agilizar los trámites se va a implementar dentro de una estructura más amplia. No sé, espero que no estemos hablando de poner otra jefatura más a dedo. Simplemente por aclarar, me gustaría que aclarase ese tema. Muchas gracias.

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

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señora Consejera. Intervengo muy brevemente para Agradecer la información y comentarle que no tenemos ninguna objeción a la información que nos ha proporcionado en cuanto al desarrollo del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra y de la Red de Transfusión de Células y Tejidos Humanos de Navarra, si va a cambiar la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud, por supuesto cambiará la dependencia del ente público Banco de Sangre y Tejidos de Navarra. Y sí me gustaría hacer una reflexión sobre la elección de director, que me ha llamado la atención. Aquí, en la ley, dice, en el artículo 11, que el director se proveerá mediante concurso-oposición entre el personal médico especialista de hematología y hemoterapia adscrito al organismo autónomo que acredite más de dos años de experiencia en transfusión. Se ha comentado que no se ha llevado a cabo el proceso de selección del concurso-oposición y digo yo que afortunadamente, porque, desde luego, en la ley yo no veo en ningún lado que esté puesto que ese director y gerente de un ente público sea para toda la vida, no veo que haya ningún sistema de renovación del cargo periódicamente. A mí me parece que un director o un gerente no debe ser vitalicio, y seleccionándolo tal y como está aquí sería un funcionario para toda la vida. Por lo tanto, yo, si hay que cambiar algo en la ley, desde luego, lo primero que cambiaría sería el método de selección, no excluyendo los méritos y la experiencia, pero sí incluyendo una renovación periódica del cargo según los resultados y según la gestión llevada a cabo.*

Y, únicamente, insto al departamento a que desarrolle en todas sus funciones el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra, y aprovecho para comentarle que siga manteniendo a Navarra a la cabeza del almacenamiento, obtención, transfusiones y aprovechamiento de hemoderivados, Navarra se ha mantenido siempre a la cabeza en este sentido, y aprovecho la ocasión para agradecer la inestimable colaboración de Adona en todo este proceso. Nada más y muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Decir que, en mi opinión, el Parlamento es un fastidio porque tengo que repetir las cosas muchas veces me parece que no es de justicia y creo que no lo puedo admitir. De hecho, creo que, en todo caso, yo personalmente y mi equipo respondemos a todas las cuestiones que nos plantean con total rigor y seriedad, y siempre proporcionamos la información que nos solicitan. Nunca hemos dejado de responder nada y si en algún caso usted considera que no estamos aportando todos los datos, pues la verdad es que quizás yo hoy me he limitado a responder a las tres cuestiones en concreto que usted planteaba en la comparecencia, pero si quiere que hablemos con detalle de las cuestiones del Banco de Sangre, cómo no, estaré encantada de acudir aquí a hacerlo. No hay ningún tipo de ocultismo ni nada parecido. Si no hemos contestado exactamente, probablemente haya sido por una mala interpretación de la pregunta o alguna cuestión así, pero, desde luego, nada más lejos que querer ocultar información u ocultar datos. Lamento no poder responder a algunas de las cuestiones concretas que usted me ha planteado ahora en la réplica, pero, si quiere, plantee una comparecencia con el tema exclusivamente y, cómo no, estaré encantada de hacerlo.*

Respecto al laboratorio de HLA, dado que el laboratorio de HLA hace técnicas de distintas enfermedades –enfermedad celíaca, diabetes–, clínicamente se consideró más adecuado traspasarlo al Complejo Hospitalario. No es que se haya quitado del Banco de Sangre el laboratorio de HLA y haya desaparecido, sino que ha pasado del Banco de Sangre a otro lugar dentro del Complejo Hospitalario. Actualmente está ubicado en el laboratorio de inmunología del Complejo y está contemplado que pase al laboratorio centralizado en el momento en que se realice la centralización de los laboratorios. Respecto al plasma, yo le contesté en febrero que el Banco de Sangre no compra ni ha comprado cantidad alguna de plasma, lo que sí hacemos es utilizar el excedente de plasma para uso clínico para enviarlo a fraccionar y obtener hemoderivados. En nuestro país no hay mercado de compraventa de plasma no utilizado para uso clínico y supongo que usted, que está tan bien informada, mucho mejor que yo, en esta cuestión, seguro que lo sabe.

Respecto a qué es lo que podemos abordar con la financiación que tenemos, les diré que con la financiación de la que disponemos podemos autoabastecer a todo el servicio público de salud en córneas y en tejido osteotendinoso; por eso, aunque ustedes dicen que, nuevamente, en mi comparecencia he hablado de cuestiones generales y no de cuestiones concretas, pues no, les he dicho cuándo vamos a empezar con córneas, que ya

tenemos desarrollados todos los circuitos y que comenzaremos en el mes de abril; y sobre el tejido osteotendinoso, les he dicho que en estos momentos se está haciendo la unificación de los servicios de traumatología y que es una cuestión importante o crítica el que se realice esa unión de los servicios para poner en marcha el banco en el caso del tejido osteotendinoso. En tercer lugar, estaría la membrana amniótica, que actualmente la compramos fuera, es verdad, pero hay que tener en cuenta que precisamos una inversión mucho mayor para poner en marcha esto, para su mantenimiento, además de para la inversión, y que en estos momentos el Servicio Navarro de Salud precisa menos de veinte al año. Creo que también tenemos que tratar de priorizar y por eso nos hemos decantado por comenzar por córnea y por tejido osteotendinoso, aunque iremos desarrollando el banco paulatinamente.

Me preguntaba qué sentido tiene modificar una ley después menos de un año. Mire usted, yo no conozco cuál fue el proceso de generación de esa ley, lo único que sé es que la comisión técnica que se nombró, una de las comisiones que estaban en esa ley, que tiene que hacer el desarrollo de la ley, se ha reunido en tres ocasiones y nos ha trasladado eso; desde el punto de vista técnico, los profesionales nos trasladan eso. Igual es que ellos no participaron en su momento o nadie les preguntó, no tengo ni idea porque no conozco cuál fue el proceso de gestación de aquella ley. Y ellos lo dicen claro, le he dado dos motivos por los cuales creen que los órganos no deben formar parte del Banco de Sangre y Tejidos. Uno es el que usted ha comentado, pero yo creo que es, como si dijéramos, la constatación de lo que ellos dicen en primer lugar, y es que no tiene ningún sentido. Ellos dicen que sangre y tejidos son cuestiones parecidas en la forma de gestionarse, y que órganos no se almacenan porque cuando uno necesita un trasplante se detecta un donante en cualquier lugar de España, no solo aquí en Navarra, y ese órgano puede ir a un receptor que puede estar aquí o en otra comunidad autónoma. Y ahí hay todo un dispositivo de coordinación que funciona actualmente, tanto en el caso del Complejo Hospitalario y del coordinador de trasplantes de Navarra como en el resto de comunidades autónomas, con unos excelentes resultados. Creo que somos uno de los países con mayor número de donación tanto por la solidaridad de las personas donantes como por cómo funciona el sistema de explantación y de trasplantes en nuestro país. Por lo tanto, no hay nada oscuro o no hay nada raro, simplemente los profesionales han dicho que nada tiene que ver y que no tiene mucho sentido que en el Banco de Sangre y Tejidos se hable de un banco de órganos, nada más que eso.

Respecto a los nombramientos a dedo y no por concurso-oposición, ustedes dan por seguro que los nombramientos que no son designados mediante concurso-oposición no son fiables, o por lo menos no son idóneos o no son aconsejables si los comparamos con los que se hacen por otro tipo de contratación. Bueno, pues yo creo que para desempeñar un puesto como el de director del Banco de Sangre y también otros muchos similares de gestión en una organización, además de las competencias técnicas que a uno le puede dar su formación, su experiencia, su dedicación a la investigación y también a la asistencia, que se pueden demostrar todas ellas en un examen, hay otras competencias de carácter personal que tienen más que ver con la capacidad de liderazgo, con la solvencia para gestionar conflictos, con la gestión de personas, con la visión de futuro, aptitudes para la relación personal y otras muchas que pueden no coincidir con el que desde un punto de vista clínico, asistencial o investigador pueda ser a priori el más idóneo para un determinado puesto; supongo que esto ustedes también lo habrán visto o lo habrán podido comprobar en su vida habitual. El nombramiento del director del Banco de Sangre tiene que seguir en estos momentos, y también lo hará en el futuro, el mismo procedimiento que el nombramiento del resto de cargos directivos de ese nivel, y es muy similar al de las áreas clínicas o las subdirecciones asistenciales. La provisión de puestos a través de concurso-oposición, en general, está reservada a puestos de carácter más técnico, como ustedes saben, dentro del Servicio Navarro de Salud y también dentro de la Administración. El director del Banco de Sangre debe asumir también una responsabilidad en la gestión que creo que hay que tenerla también en consideración. En cualquier caso, como les he dicho en mi primera intervención, será en el momento en el que se modifique, si es caso, toda la estructura del Servicio Navarro de Salud cuando abordemos esta cuestión y por eso no lo hemos querido hacer a priori sabiendo que eso se iba a producir. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Muchas gracias, señora Consejera, y a todo su equipo por su comparecencia hoy en esta Cámara. Y no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESIÓN A LAS 13 HORAS Y 6 MINUTOS.)

Traducción al castellano de las intervenciones en vascuence:

(1) Viene de pág. 2.

SRA. RUIZ JASO: *Buenos días a todos y muchas gracias, señor Presidente. Damos la bienvenida a la señora Consejera y a sus ayudantes.*

Nosotros presentamos esta solicitud a mediados de enero, pensando que los planes correspondientes a estos dos aspectos, que se planteaban entre las medidas previstas y anunciadas el 28 de septiembre, como mínimo se habrían empezado a elaborar. El 28 de septiembre, en el contexto del recorte presupuestario, se planteaban algunas medidas organizativas, que se anunciaron como mejoras, algunas de las cuales se iban a poner en marcha ya en 2011, y otras a partir de 2012.

Una de ellas fue la reorganización del servicio de urgencias del medio rural, y lo que ustedes planteaban era que dicha reorganización tendría como finalidad la optimización del funcionamiento, adecuándolo a las necesidades actuales.

Y la segunda medida, acerca de la cual también pedíamos información en esta comparecencia, sería el plan de reorganización de los consultorios. En él, ustedes afirmaban que iban a poner en marcha la concentración de consultorios, planteando la posibilidad de remitir a otros consultorios en el caso de los centros con bajo nivel de actividad asistencial, sin que ello redundase en perjuicio de la calidad asistencial.

Así pues, en esta comparecencia hemos pedido información al respecto. Estamos ya a finales de marzo, y en este momento tenemos una serie de dudas. Por medio de la prensa estamos teniendo conocimiento de al menos parte de la información, una información parcial acerca de la modificación del modelo asistencial; aparecen menciones, por lo que hemos leído en prensa, sobre la reorganización del servicio de urgencias rurales, y lo que hemos sabido nos ha dejado bastante preocupados, tanto en cuanto a las formas como en cuanto al fondo. En cuanto a las formas, porque una vez más tenemos conocimiento de cosas por medio de la prensa antes de enterarnos aquí, ya que en la mesa sectorial no se ha hablado nada sobre esta cuestión. Y en cuanto al fondo, y al menos por lo que hemos podido ver hasta ahora, percibimos un sesgo inquietante que, a la sombra de la optimización, apunta a una reducción de los servicios y de la asistencia. Se dice una vez más que ello no va a incidir en la calidad, pero, al menos nosotros, tenemos esa duda y esa preocupación.

Por tanto, esperemos que la explicación que usted nos va a dar ahora sea esclarecedora. Muchas gracias.

---

(2) Viene de pág. 6.

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias por sus explicaciones. A decir verdad, y a falta de otro tipo de soportes, a mí me ha parecido una explicación bastante técnica: muchas palabras y poco contenido. Como ha dicho usted, puede que lo tengan sin cerrar. Como se ha dicho, usted solicitó un aplazamiento, y yo pensaba que hoy nos iba a traer usted algo más concreto, más preciso. Por lo menos, tengo la sensación de que es más la información que ha aparecido en la prensa que la que usted ha facilitado aquí. No sé si están en lo cierto o no. En cualquier caso, hemos solicitado la comparecencia al hilo de lo que se ha publicado, y me figuro que, cuando usted disponga de toda la información, vendrá aquí a exponerla.*

Por lo que he entendido –y también ahora le digo sinceramente que esperaba la respuesta con curiosidad, ya que no sabíamos más que lo que hemos leído en prensa, y la información que se daba en lo relativo a las urgencias era más bien escasa–, usted nos ha ofrecido un diagnóstico, por así decirlo. Ha afirmado que había que abordar este tema de las urgencias rurales porque el nivel de satisfacción de los usuarios es de los más bajos.

El resto de aspectos de ese diagnóstico que me han llamado la atención serían que se ha hecho un mal uso de las urgencias; que los ciudadanos no entendemos, no entienden, el sentido de las urgencias; que se han identificado unos problemas, y que se han marcado algunas líneas de mejora a ese respecto, si no he entendido mal.

Usted ha dicho también que la utilización de ese servicio de urgencias rurales es escasa en muchos puntos, y que es necesario unificar puntos, incluso la idea de introducir algún tipo de transporte. A ese respecto, nosotros le agradeceríamos, por aclarar dudas, que en la réplica abundase en ese tema. ¿Quiere ello decir, entonces, que los puntos de atención van a desaparecer? ¿En función de qué criterio? Me figuro que se pondrán sobre la mesa los datos relativos a esa utilización escasa. Los puntos se modificarán, disminuirán, como en el caso de los consultorios, aunque todavía no se haya producido el cierre; pero esa concentración de puntos es una de las medidas que

ustedes plantean. Le pediríamos que concretase eso un poco más, para saber en función de qué criterio se van a suprimir o concentrar dichos puntos, y si de verdad consideran ustedes que ello no va a repercutir en la atención que se dispensa a los ciudadanos.

Usted ha dicho también que la opinión del personal sanitario, de los profesionales, es importante. Otro de los aspectos por los que le quisiera preguntar es cuándo tiene usted intención de plantearlo en la mesa sectorial y en la junta de personal, y qué implica realmente la agrupación del personal del SUR en servicio de atención primaria, qué implica en el caso del personal, y qué implican realmente esas plantillas cerradas que usted ha mencionado. ¿Va a suponer este sistema el traslado de trabajadores? ¿El acortamiento de turnos va a provocar que haya gente sobrante? Cuando usted habla de plantillas cerradas, al menos en prensa se decía que se iba a fomentar la autonomía de los centros, que se iba a fomentar la autonomía de los equipos… ¿qué tiene eso que ver con las plantillas cerradas? Quisiera que aclarase eso. Si cada equipo va a tener que repartir su trabajo y su carga de trabajo. Sin más, qué es lo que ello significa.

Usted ha mencionado también, en lo referente a los ciudadanos o a los usuarios, el autocuidado. También en una ocasión anterior, en otras manifestaciones que hizo usted, habló de autorresponsabilidad. Y nosotros, cómo no, estamos a favor de promover la prevención, pero nos da también un poco de miedo, ya que al final da la impresión de que el usuario o el paciente es… no sé si la cosa no está adquiriendo tintes de culpabilización. Bueno, ya veremos. Tendremos también la oportunidad de hablar de eso.

En cualquier caso, decía usted que el objetivo de este nuevo planteamiento es beneficiar a los ciudadanos. Pues quisiera que también eso estuviera más claro. Puede que sea mi problema, pero difícilmente puedo encontrar en estas explicaciones técnicas ese beneficio para los ciudadanos o los trabajadores, los profesionales. Así pues, una vez más, por favor, le pediríamos otra explicación, no tan técnica.

Y ya veremos. La explicación, al menos inicialmente, nos ha parecido bastante superficial, pero quedo a la espera de la segunda intervención. Muchas gracias.