DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura | Pamplona, 22 de mayo de 2012 | NÚM. 16

COMISIÓN DE SALUD

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

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 22 DE MAYO DE 2012

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las obras a realizar en el Centro de Investigación Biomédica para la implantación de nuevos laboratorios.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar acerca de la situación de los Centros de Atención a la Mujer.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces y a petición propia, de la Consejera de Salud para informar sobre el nuevo modelo asistencial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

— Pregunta sobre el procedimiento seguido para compartir y negociar con los distintos agentes el cambio en el modelo de asistencia sanitaria, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Bakartxo Ruiz Jaso.

— Pregunta sobre el grupo de trabajo que estudia propuestas de modificación del modelo de asistencia sanitaria, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Bakartxo Ruiz Jaso.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 16 horas y 35 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces y a petición propia, de la Consejera de Salud para informar sobre el nuevo modelo asistencial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (Pág. 2).

Pregunta sobre el procedimiento seguido para compartir y negociar con los distintos agentes el cambio en el modelo de asistencia sanitaria, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Bakartxo Ruiz Jaso (Pág. 2).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia y formular la pregunta interviene la señora Ruiz Jaso (GP Bildu-Nafarroa) (Pág. 3).

A continuación toma la palabra la Consejera de Salud, señora Vera Janín (Pág. 4).

En un primer 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 responde, conjuntamente, la Consejera (Pág. 15).

En un segundo turno intervienen las señoras Fernández de Garaialde y Lazkano Sala y De Simón Caballero, a quienes contesta, tras cada intervención, la Consejera (Pág. 28).

Pregunta sobre el grupo de trabajo que estudia propuestas de modificación del modelo de asistencia sanitaria, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Bakartxo Ruiz Jaso (Pág. 29).

Para formular la pregunta toma la palabra la señora Ruiz Jaso, a quien responde la Consejera de Salud, señora Vera Janín. (Pág. 29)

Se suspende la sesión a las 19 horas y 28 minutos.

Se reanuda la sesión a las 19 horas y 44 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las obras a realizar en el Centro de Investigación Biomédica para la implantación de nuevos laboratorios (Pág. 31).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia toma la palabra la señora Fernández de Garaialde y Lazkano Sala (Pág. 31).

Seguidamente interviene la Consejera de Salud, señora Vera Janín (Pág. 31).

En el turno de intervenciones de los grupos parlamentarios toma la palabra la señora Fernández de Garaialde y Lazkano Sala, a quien contesta la Consejera (Pág. 33).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar acerca de la situación de los Centros de Atención a la Mujer (Pág. 34).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia interviene la señora Ruiz Jaso (Pág. 34).

A continuación toma la palabra la Consejera de Salud, señora Vera Janín (Pág. 34).

En el turno de intervenciones de los grupos parlamentarios toman la palabra las señoras Ruiz Jaso, Garbayo Berdonces (GP Unión del Pueblo Navarro) y Fernández de Garaialde y Lazkano Sala, el señor Martín de Marcos y la señora De Simón Caballero, a quienes responde, conjuntamente, la Consejera (Pág. 37).

Se levanta la sesión a las 20 horas y 50 minutos.

(COMIENZA LA SESIÓN A LAS 16 HORAS Y 35 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces y a petición propia, de la Consejera de Salud para informar sobre el nuevo modelo asistencial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Pregunta sobre el procedimiento seguido para compartir y negociar con los distintos agentes el cambio en el modelo de asistencia sanitaria, presentada por la Ilma. Sra. doña Bakartxo Ruiz Jaso.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Buenas tardes, señoras, señores Parlamentarios. Damos inicio a la Comisión de Salud en la que comparecen la señora Consejera, doña Marta Vera, la Jefa de Gabinete, Marta Borruel, la Directora General de Salud, doña Cristina Ibarrola, y el Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbi-*

dea, don Ángel Sanz. El orden del día, como ustedes conocen, tiene seis puntos, el tercero y el cuarto vienen a tratar la misma cuestión, que es acerca de la explicación del nuevo modelo asistencial del Departamento de Salud, que ha sido solicitado por la señora Ruiz Jaso, de Bildu, y también es una comparecencia a petición propia de la propia Consejera; luego hay dos preguntas y después estarían los puntos 1 y 2, que versan sobre asuntos distintos. Como consideramos que los que mayor tiempo van a llevar son, precisamente, los puntos 3 y 4, comenzaremos la sesión por estos dos puntos y luego continuaremos con el 1, el 2 y las dos preguntas, que son el 5 y el 6, si no hay mayor inconveniente por ningún grupo. Entonces, lo haremos así. Comenzamos con los puntos 3 y 4, comparecencia para que la Consejera de Salud informe sobre el posible cambio del modelo asistencial en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y pregunta para que explique el nuevo modelo asistencial del Departamento de Salud, solicitada por la señora Ruiz Jaso, de Bildu, quien tendría la palabra y después la Consejera podrá explicarnos las dos cuestiones. Gracias.

SRA. RUIZ JASO (1): *Eskerrik asko, Presidente jauna. Ongi etorri, kontseilari andrea eta bere laguntzaileak.*

Martxoaren bukaeratik ari gara hitz egiten asistentzia ereduaren aldaketaz, nahiz eta informazioa "a cuenta gotas" samar izan dugun. Lehenbizi, urtarrilaren erdialdean, eskatu genuen agerraldi baten harira, landa eremuko urgentzien berrantolaketaren harira, hitz egin genuen lehenengo aldiz gai honen inguruan. Neurri hori iraileko murrizketetan ageri zen, eta horregatik eskatu genuen, zertan zen jakiteko.

Hara non, martxoaren amaieran horretaz hitz egitera etorri zinenean, oso azalpen gutxi eman ahal izan zenigun, berrantolaketa global baten baitan ari zinetelako lanean. Hala esan zenigun. Baina horren berri gehiago prentsaren bidez jaso dugu, hemen zuzenean baino. Beraz, une horretan jada, martxoaren amaieran, prentsaren bidez baino uste genuen hona etorri behar zenuela azaltzera, uste genuelako hau zela tokia, eta ez prentsaren bidez edo izan dituzun beste bileren emaitzaren bidez, informazio zuzenagoa izateko. Zuk ere eskatu zenuen agerraldi hau, guk eskatu eta hilabete eta piko beranduago, baina, edozein modutan, iritsi da momentua.

Esan bezala, tartean, dirudienez, bilera bilateralak egin dituzu hainbat eragileekin –gero azalduko diguzu ere nola izan den prozesu hori–: osasun-etxeetako zuzendariekin –guk dakigula–, sindikatu batzuekin, zonaldeetako alkateekin eta abar. Baina, esan bezala, guk zuzenean dakiguna hutsaren hurrengoa da, prentsaren bidez jaso duguna eta gero zure departamentutik, prentsaurrean azaldu aurretik, bidali dizkiguzuen txosten batzuei esker.

Orduan, gure kezka forman eta edukian kokatzen dugu. Formari dagokionez, esan bezala, benetan ikusten dugulako orain arte daukagun informazioa eskasa dela, eta jasotzeko moduarengatik. Ez gara bakarrak hau esaten dugunak. Aurreko egunotan, apirilaren bukaeran eta maiatzaren aurreko astean ere, hemendik pasa dira hainbat sindikatu, profesionalak biltzen dituzten hainbat eragile, eta hartara datoz baita ere gero formulatuko dizkizudan bi galdera horiek, beraiek ere informazio eskas hori, parte-hartze eskasa salatzen dutelako.

Formari dagokionez hori, eta edukiari dagokionez momentuz daukaguna konkrezio gutxi. Daukaguna ere arlo askotan kezkagarria iruditzen zaigu. Helburu polita. Martxoaren bukaeran esan zenigun aldaketa honek azken batean planteatzen duena dela sistema gaixoaren beharretara egokitzea. Titular asko, edo helburu orokor polit asko, baina praktikan kezkatzen gaituena da zer nolako eragina izango duen bai langileen egoeran eta baita, eta bereziki, zonalde askotako zerbitzuen kalitatean ere. Hori da, baita ere, hona etorri diren profesional guztiek azaldu duten kezka eta horretara datoz azaldu dituzten zalantzak: konkrezio gutxi eta dakitena edo dakigunaren arabera, bereziki zonalde batzuetan, zerbitzuaren kalitatea nola geldituko litzatekeen eredu hau horrela geldituko balitz.

Gure ustez, sakontasun honetako aldaketa batek kontsentsua behar du. Hori aldarrikatu dute baita ere arloko profesionalek. Aurreko agerraldian esan zenigun urgentzien berrantolaketa hori behintzat uda inguruan ezarriko zela. Ia ekainean gaude jada, eta gauzak dauden bezala, edo gaia itxita dago jada, edo berrantolaketa hori uda partean egiteko guri iruditzen zaigu prozesua ez dela ez nahiko parte-hartzailea izan eta ez nahiko gardena izan.

Espero dugu gaurkoan azalpen gehiago izatea, azalpena osoagoa izatea, eta hemen benetako plan estrategiko bat azaltzea. Eta benetako plan estrategiko bat baldin bada, horren diagnostiko zehatz bat eskatuko du, epe jakin batzuk, ezarpen-epe jakinak, ekimen jakinak, baliabide pertsonalak, baliabide ekonomikoak, horren guztiaren estimazioa. Hori da espero dugun azalpena.

Edozein modutan, gure zalantza, beste hainbat arlotan bezala, berrantolaketaz hitz egiten duzuenean, eta aurretik ere esan zenigun bezala, hau ez

(1) Traducción en pág. 42.

zela murrizketa bat. Berez jada, urgentzietako berrantolaketa murrizketen txostenean zetorren irailetik. Esan zenigun berrantolaketa ez zela murrizketa, baina gure ustez, momentuz daukagunaren arabera, iruditzen zaigu kasu askotan zerbitzu batzuen berrantolaketan irizpide ekonomikoak gailendu direla. Baina zure azalpenaren zain gelduku gara. Espero dugu azalpena, esan bezala, osoagoa eta xeheagoa izatea. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Tiene, entonces, la palabra la señora Consejera.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Muy buenas tardes, señorías. El pasado 27 de abril, a las 11 de la mañana, todos ustedes, representantes de los grupos parlamentarios de nuestra Comunidad, recibieron por correo electrónico tres documentos. El primero consistía en la presentación, resumida, del nuevo modelo asistencial, incluyendo un breve análisis de la situación de partida y la enumeración de todos los proyectos que queremos poner en marcha en esta legislatura, algunos de los cuales ya están siendo implantados. El segundo detallaba pormenorizadamente el programa de mejora de la atención continuada y urgente. Y el tercero era el referente al programa de mejora de la atención especializada. Ese mismo día y a la misma hora, presenté el proyecto a la opinión pública en una rueda de prensa compartida con la Presidenta del Gobierno de Navarra y pusimos a disposición de todos los ciudadanos, en la página web www.navarra.es, los tres documentos a los que hago referencia y que contienen toda la información relativa tanto al nuevo modelo como a los dos proyectos concretos. Poco antes de la presentación a la opinión pública, a las diez de la mañana, solicité a petición propia una comparecencia para poder responder en esta Comisión de Salud a todas las cuestiones que les hubieran surgido tras la lectura reposada y el análisis en profundidad de la documentación que les aporté. La Secretaría del Parlamento de Navarra nos ofreció el día de hoy para el desarrollo de la comparecencia, no piensen que he sido yo quien ha dispuesto que haya pasado casi un mes desde esa fecha, pero mientras tanto decidimos que debíamos continuar trabajando, informando a todos los municipios de Navarra y a todos los agentes sociales sobre el cambio de modelo que pretendemos llevar a cabo, con el doble objetivo de darlo a conocer y de que nos trasladaran sus opiniones y aportaciones para ser tenidas en cuenta en la implantación posterior.*

La primera reunión que mantuve tras ese 27 de abril fue con los miembros de mi equipo del departamento y del Servicio Navarro de Salud a pesar de que, lógicamente, casi todos ellos ya lo conocían porque habían participado directamente en el diseño del mismo. Esta reunión tuvo lugar el 7 de mayo, con el objetivo de que todo el equipo directivo fuera partícipe del diseño e implantación de los proyectos críticos para los próximos años encaminados a la consecución de unos objetivos claros. Y desde entonces, Ángel Sanz, Cristina Ibarrola y yo misma nos hemos reunidos con el Colegio de Médicos de Navarra y el Colegio de Enfermería y nos hemos desplazado a las localidades de Alsasua, Estella, Tudela, Tafalla, Sangüesa y San Adrián para explicarles el nuevo modelo a algunos de los representantes municipales de los municipios adyacentes a las mencionadas localidades. Nos hemos reunido también con un grupo de alcaldes de la zona de Pamplona y comarca y tengo previsto hacerlo con los de la zona de Santesteban, además de mantener nuevas reuniones con más representantes de las zonas de Pamplona, Estella y Sangüesa en fechas próximas. La semana que viene tenemos un encuentro con el Colegio de Farmacia, con todas las asociaciones de pacientes que hay en Navarra, así como con los centros y empresas colaboradoras del Departamento de Salud que mantienen algún tipo de concierto con el Servicio Navarro de Salud como son la Clínica Josefina Arregui, la Clínica San Miguel, San Juan de Dios, la Clínica Universidad de Navarra o la Cruz Roja, entre otros.

¿Por qué estamos haciendo esto? Porque, a mi entender, es mi obligación como representante pública informar a todos los ciudadanos de los cambios que queremos llevar a cabo para mejorar nuestro servicio de salud y escuchar las aportaciones que todos estos colectivos puedan hacernos para enriquecer el modelo asistencial que nos proponemos implantar y dar respuesta a las insatisfacciones o dudas que esos colectivos puedan tener respecto a los servicios sanitarios. No me lo planteo como una campaña de marketing*, aunque así lo escuché en la comparecencia del viernes pasado, lo concibo como un ejercicio de transparencia y de responsabilidad para con los ciudadanos y como un requisito imprescindible para poder tener éxito en el objetivo de que el nuevo modelo asistencial sea una realidad. Pero antes de llegar a ese 27 de abril, señorías, y desde bastante antes, los diferentes miembros de mi equipo y yo misma nos hemos reunido en numerosas ocasiones con muchos y muy variados colectivos tanto del Servicio Navarro de Salud como del ámbito profesional y de la sociedad en general para hacerles partícipes del nuevo modelo y de las reflexiones que nos han llevado a él. A todos ellos y en función del momento en que han tenido lugar los contactos en los últimos meses les hemos pedido encarecidamente que nos aporten y nos hagan llegar sus impresiones y sus ideas tanto del análisis de la situación de partida como de las vías que estábamos explorando o, ya en las últimas fechas, sobre los proyectos concretos y sus líneas de actuación,*

pues creemos que sin el trabajo y la implicación de todos ellos difícilmente lograremos cambiar el modelo sanitario.

Comenzaré por el Director de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, Ignacio Yurss, que ha mantenido las siguientes reuniones: una con la comisión de personal de atención primaria; dos con los directores de los centros urbanos y otras dos con los directores de los centros rurales; dos con la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria; una con la comisión asesora, en la que están representados la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, la Plataforma 10 Minutos, la Asociación de Enfermería Comunitaria, la Asociación Navarra de Pediatría y la Asociación de Administrativos; dos reuniones con representantes de los SUR; dos reuniones con la Asociación Navarra de Pediatría; una con la Plataforma 10 Minutos; una con el Colegio de Médicos; una con el Colegio de Enfermería; una con el Sindicato Médico; y una con SATSE; y, además, tiene previstas y programadas para los próximo días nuevas reuniones con la comisión asesora, con la Asociación de Enfermería Comunitaria y con los directores de los centros urbanos.

Por su parte, el Director del Complejo Hospitalario de Navarra, Ignacio Iribarren, ha trabajado el modelo junto a las subdirecciones médicas y con los responsables de los servicios en el Plan de Mejora de Atención Especializada. Así, en el mes de abril mantuvieron una reunión general con todos los mandos intermedios del Complejo Hospitalario de Navarra para hablar del nuevo modelo y del plan de mejora, haciendo especial hincapié en los deslizamientos de jornada, en el bloque quirúrgico y consultas. Además, ha expuesto las características del plan de mejora a la comisión de personal y a los grupos de trabajo de unificación, de digestivo, psiquiatría, hematología, cirugía ortopédica, neurología, radiología y pediatría, lo que viene a suponer, aproximadamente, unas ciento veinte personas de los colectivos médicos y de enfermería. En estos momentos, junto a los directores médicos del Complejo Hospitalario de Navarra, está preparando las sesiones de trabajo para los pactos de gestión y tiene prevista una primera sesión conjunta con todos los jefes de servicios para exponer el modelo y la metodología de los pactos.

Y por su parte, Elena Navascués, que, como saben, es la Directora de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud, ha mantenido junto con la gerencia reuniones informativas con los diferentes sindicatos para hablar del nuevo modelo. Así, ha mantenido dos reuniones con el Sindicato Médico de Navarra, UGT, SATSE, AFAPNA, Comisiones Obreras y ELA, y tengo que destacar que LAB es el único sindicato que se ha negado a sentarse en la mesa.

Yo misma, acompañada de la Directora General de Salud, mantuve reuniones para hablar del nuevo modelo, tres con el Colegio de Médicos, dos con el Colegio de Enfermería, una con representantes de urgencias rurales y puntos de atención continuada, varias con médicos y enfermeras del Servicio Navarro de Salud, una con médicos del SUR, otra con enfermeras del SUR y una tercera con la plataforma en defensa de los SUR, creada por los propios profesionales.

Además, para recabar la participación de los profesionales en la implantación del modelo, la Dirección de Atención Primaria ha creado dos grupos de trabajo, formados cada uno de ellos por catorce representantes de los directores de los centros rurales, directores de centros urbanos de Tudela y Estella, la Asociación de Enfermería Comunitaria, la Asociación de Administrativos de Atención Primaria, la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria, la Plataforma 10 Minutos y ANPE, junto con representantes de los SUR, de la Dirección de Recursos Humanos y de la Dirección de Primaria. Estos grupos van a empezar a trabajar esta misma semana y está previsto que durante un mes estudien y analicen en profundidad el documento de implantación.

Los criterios de selección de los grupos, y así respondo a la pregunta oral efectuada por la señora Ruiz, han sido el de compartir realidades comunes y problemáticas, garantizar la variedad de participantes para aportar diferentes valores. De esta forma, se han creado grupos y establecido reuniones con la participación de médicos rurales o urbanos, enfermeras rurales o urbanas, administrativos, representantes de sociedades profesionales, representantes de los SUR, representantes de pediatría, representantes de la Dirección de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud, representantes de la Dirección de Atención Primaria y representantes sindicales.

Señorías, les digo todo esto porque me parece que ya va siendo hora de que abandonen definitivamente el argumento del oscurantismo o, al menos, si quieren seguir utilizándolo, lo hagan siendo conscientes de que no se ajusta a lo que ha ocurrido en los últimos meses. Les puedo dar las fechas y horas concretas de todas y cada una de las reuniones que se han mantenido y que les acabo de decir. Ustedes saben perfectamente que las líneas del nuevo modelo se han filtrado a la prensa en más de una ocasión y eso ha sido, créanme, porque eran muchos los profesionales que ya habían sido informados y que incluso poseían un borrador con las líneas esenciales del mismo y

que había sido compartido con ellos para que nos dieran su opinión.

Una vez terminado el análisis del entorno, la definición de los valores, la identificación de los proyectos y la concreción en sus objetivos, alcance y cronograma de algunos de ellos, decidimos que debíamos darlo a conocer a la opinión pública, respetando rigurosamente, como les he dicho al inicio de mi intervención, a esta Comisión parlamentaria y dejando claro desde un principio que la concreción del detalle, la reorganización de los equipos y las demás cuestiones organizativas las trabajaríamos internamente, buscando la cohesión y las aportaciones de nuestros profesionales.

Me gustaría que entendieran, de verdad, la incongruencia que supone acusarnos de oscurantismo y de que tenemos todo el plan cerrado, sin posibilidad alguna de diálogo o debate sobre el mismo y criticarnos a la vez porque no podemos dar detalle concreto de cómo van a quedar definitivamente cerrados los equipos o de cómo van a funcionar los distintos puntos de actuación. Estamos abordando un proceso de cambio y somos conscientes de que el cambio genera estrés e incluso angustia en quienes van a ser protagonistas de dicho cambio. Para paliar ese efecto, solo podemos desde nuestra posición dar información, compartir, participar en la construcción del cambio, pero quien quiere conocer desde el primer momento cuál va a ser la posición exacta, la casilla de llegada, deberá asumir que eso no es posible y nosotros deberemos ayudarle a sufrir lo menos posible la incertidumbre lógica que acompaña a todo proceso de construcción e implantación de algo nuevo. Nos está tocando vivir momentos de cambios bruscos en todos los órdenes y creo que debemos ser capaces de afrontarlos. Nosotros, estén seguros de ello, hemos trabajado con total convicción de que debíamos diseñar un marco estratégico, una política sanitaria que abogue y se sustente en dos principios fundamentales: uno, mantener nuestro sistema público de salud; y, dos, garantizar su sostenibilidad para las futuras generaciones.

Partiendo de esta base y de que el nuevo modelo debía responder al Plan Estratégico de Salud y al Plan Foral de Salud, hemos delimitado, como veremos más adelante, los proyectos en los que vamos a trabajar y nuestras principales líneas de actuación, pero hemos dejado, como no podía ser menos, para el trabajo interno y mano a mano con nuestro profesionales las cuestiones organizativas.

Dicho esto, creo que podemos comenzar a analizar en profundidad nuestro nuevo modelo de atención al paciente. Si recuerdan, el pasado 20 de septiembre les anuncié muchísimas de las líneas que ahora vamos a detallar. Les dije ese día que queríamos orientar el modelo al paciente y que nos volcaríamos ante todo en la sostenibilidad de nuestro sistema y me comprometí a luchar incansablemente para lograr dejar para nuestros hijos y nietos un servicio público de salud mejor incluso que el que ahora disfrutamos. Les pedí ese día un pacto por la salud en nuestra Comunidad, porque entendía entonces y sigo entendiendo ahora que la atención sanitaria en nuestros hospitales y centros de salud, la prevención de enfermedades, la salud y el bienestar de nuestros ciudadanos no entiende de siglas políticas, de lo que entiende es de satisfacer las necesidades de manera eficaz y con los recursos adecuados. Nuestra obligación, la de todos nosotros, es la de defender el interés general, no los intereses particulares o personales, perfectamente legítimos pero que seguramente tendrán otro foro más adecuado que este del Parlamento. Por todo ello, les vuelvo a pedir hoy lo mismo que ya pedí entonces, que entablemos en este Parlamento un diálogo constructivo sobre el nuevo modelo o los cambios que deben implantarse en el actual para que sea sostenible.

En la situación que vivimos es enormemente complicado sustraerse a los acuciantes problemas presupuestarios que dificultan la gestión del día a día. Este departamento debe trabajar con el ojo puesto en la gestión de un presupuesto con recursos limitados que nos obliga a buscar la eficiencia del modelo actual, pero al mismo tiempo es imprescindible poner la vista en el medio y largo plazo a fin de adoptar medidas verdaderamente estructurales que actúen sobre los determinantes reales de la sostenibilidad del sistema sanitario público. En el contexto actual, la mejor manera, por no decir la única, de apostar de manera decidida por el sistema sanitario público es tomar las medidas necesarias para garantizar su sostenibilidad y su salvaguarda, y a pesar de que nuestra situación actual es complicada, porque lo es para todo el país, también es cierto que nosotros, que, a diferencia de otras comunidades autónomas, no tenemos deuda sanitaria acumulada, debemos ser capaces de intentar propiciar un proceso de cambio sin la premura o el ahogo de tener que tomar medidas más drásticas y que incidan únicamente en el corto plazo.

La reflexión interna realizada en estos meses entre los responsables del Departamento de Salud y del Servicio Navarro de Salud nos ha permitido constatar que la mejor manera de evitar la aplicación de medidas urgentes e indiscriminadas de restricción de recursos que socaven los importantes principios y valores que vienen caracterizando a nuestro sistema sanitario público es la de proceder a una revisión del modelo de atención que venimos prestando. Garantizar la sostenibilidad del sistema público pasa por impulsar medidas dirigidas a promover la racionalidad de la demanda, el uso racional de los recursos, la continuidad de la atención y la adecuación de los modelos asistenciales

a las verdaderas necesidades sanitarias. Pero, además, un sistema sanitario eficiente exige desarrollar estrategias activas dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud. Necesitamos también mejorar la eficiencia de nuestra organización, innovando los procedimientos, optimizando la gestión del tiempo y eliminando pasos y actos de escaso valor y decisiones clínicas sin evidencia científica que poco contribuyen a mejorar los resultados en salud.

Pero ¿cuál es nuestro punto de partida? Yo creo que en muchos aspectos disponemos de una situación de partida francamente extraordinaria. El sector sanitario de la Comunidad Foral es uno de los principales sectores productivos de nuestra economía, uno de los que más empleos genera y el departamento que gestiona el presupuesto más alto del Gobierno de Navarra y el mejor valorado por los ciudadanos. Nuestro sistema sanitario, reconocido nacional e internacionalmente, cuenta con profesionales de extraordinario prestigio que logran colocarnos, año tras año, a la cabeza de los servicios de salud más valorados y en una alta estima por parte de los usuarios. Así lo atestigua, por ejemplo, el último estudio realizado por la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, que fue publicado el pasado mes de septiembre y que determina que Navarra es la comunidad de España con mejores servicios sanitarios.

Nos situamos por encima de la media nacional en el número de médicos por cada cien mil habitantes, con 233,75 frente a 201 de media española, y tenemos el mayor número de Diplomados de Enfermería por habitante, 9,7 por cada mil habitantes, cuando la comunidad que aparece en segundo lugar tiene 7 de cada mil. En Navarra el gasto sanitario es de 1.528 euros por habitante, la segunda comunidad, junto al País Vasco, que más presupuesto dedica a la sanidad, y, además, Navarra dispone de un parque de infraestructuras sanitarias de primer nivel. Contamos con cincuenta y ocho centros de salud de atención primaria, doscientos cuarenta y cuatro consultorios, un complejo hospitalario de nivel terciario y dos hospitales comarcales. La esperanza de vida de los navarros es la más alta de Europa, 1,3 años superior al promedio y, aunque hay otras variables que intervienen en este excelente resultado, también nuestro modelo sanitario tiene algo que ver en esto. Los resultados clínicos están al nivel de los países más avanzados y su coste, sin embargo, no es de los más altos, más bien al contrario. Supone, además, un referente internacional por su universalidad y nivel de acceso en comparación con muchos otros países desarrollados.

Todas estas son las fortalezas de nuestro Servicio Navarro de Salud. Lamentablemente, este indudable logro social se ve seriamente amenazado y no solo por la profunda crisis económica que atenaza a nuestra sociedad, ya en los años 90 el Informe Abril hablaba de la sostenibilidad del sistema sanitario y de la imposibilidad de contar con recursos suficientes en el futuro por cuestiones demográficas y de prevalencia de las patologías crónicas. Aun a pesar de que el porcentaje del PIB destinado a la salud se sitúe en torno a la media europea y de que nuestros resultados muestren un sistema eficiente en términos macroeconómicos, garantizar la provisión de los fondos públicos que serían necesarios a corto plazo se hace cada día más difícil e innumerables expertos sanitarios empiezan a cuestionarse el actual sistema público como financieramente insostenible. No es algo que digamos nosotros, sino que es algo que se puede leer en multitud de memorias o de documentos técnicos.

Entre 1999 y 2009, el gasto sanitario público real por persona ha crecido algo más de un 49 por ciento, cuatro veces más deprisa que el PIB. El número de personas empleadas en los hospitales públicos ha crecido un 20 por ciento y el gasto público por persona en recetas médicas del Servicio Navarro de Salud se ha incrementado en un 25 por ciento en este mismo periodo del 99 al 2009. En Navarra, en el período que va entre 2002 y 2012 el estrato de población de edad superior a los sesenta y cinco años se ha incrementado en un 14 por ciento. En este sentido, es bueno considerar que este estrato consume entre cuatro y doce veces más recursos sanitarios que el resto de la población.

En las últimas décadas, las principales causas del crecimiento del gasto son las siguientes: la introducción progresiva de nuevas técnicas y tecnologías sanitarias y la superespecialización de la profesión, el crecimiento constante del gasto farmacéutico, el incremento de la patología relacionada con el envejecimiento, el incremento de patologías crónicas, la generalización de hábitos no saludables, la mayor utilización de los servicios de salud por parte de la población y las ineficiencias sistémicas en el modelo de atención sanitaria.

Pero a medio y largo plazo el panorama es igualmente preocupante y no solo ni principalmente por razones presupuestarias. La explosiva evolución de la demanda, la evolución tecnológica, el envejecimiento, etcétera, presionan fuertemente sobre el sistema sanitario. Esta situación se reproduce en todos los sistemas sanitarios del mundo, que se enfrentan a tensiones y retos comunes derivados en buena medida del explosivo desarrollo alcanzado por la medicina en el último siglo, de la que se espera que dé respuesta plenamente satisfactoria a todas nuestras demandas. La previsión es que en diez años la demanda de servicios sanitarios habrá crecido de forma tan importante que los recursos dedicados no podrán ser suficientes a

no ser que se dediquen todos o la mayor parte de los presupuestos públicos a financiar los sistemas sanitarios.

La solución al problema de la sostenibilidad no puede, por tanto, limitarse al ámbito económico ni depender únicamente de una creciente dotación presupuestaria al sistema. Al contrario, la solución debe incluir una correcta utilización de los recursos por parte de todos los agentes, un cambio profundo y estructural que incida en todo el modelo y una nueva orientación valiente y decidida que dé respuesta a las necesidades actuales de la población y de la sociedad. Para ello, hemos concluido en la necesidad de superar el modelo paternalista de atención predominante en los últimos años, que ha generado un elevado nivel de medicalización y consumismo sanitario y ha hecho a los ciudadanos excesivamente dependientes del sistema sanitario.

¿Cómo queremos que sea nuestro nuevo modelo? Lamento si estos puntos no son de su interés porque ya los han escuchado o los han leído en la documentación que les facilitamos, pero yo considero que es importante enmarcar los proyectos que se están desarrollando en un marco estratégico y darles sentido a todos ellos. Nuestro modelo sanitario actual participa de estos valores que les voy a describir en alguna medida, seguro, pero el análisis que hemos realizado nosotros es el de que hay recorrido de mejora en todos ellos, y si a alguien le preguntamos en un futuro sobre cómo es nuestro modelo sanitario, nos gustaría que lo pudiera identificar claramente por algunos de ellos. Queremos que nuestro nuevo modelo esté orientado a la necesidad, frente a un sistema en el que el paciente demanda lo que ha aprendido a demandar y que no siempre se corresponde con su necesidad real, y diseñado para procesos agudos. El nuevo modelo favorece nuevas competencias y capacidades orientadas a la necesidad de los ciudadanos, mediante un trabajo multidisciplinar entre los profesionales personalizado y diferenciando entre agudos y crónicos.

En segundo lugar, va a ser un modelo ágil y accesible. Ya no será el paciente el que se adapte a la organización, sino la organización la que se adapte al paciente, proporcionándole la atención oportuna, aquella que necesita en cada momento y por el profesional adecuado.

En tercer lugar, es un modelo que abogará por la calidad técnica y que garantizará la seguridad del paciente, el diagnóstico clínico de necesidad de cuidados y su tratamiento integral. Frente a un sistema que adolecía de una cierta variabilidad en la práctica clínica y un tratamiento excesivamente basado en los fármacos, queremos un modelo basado en la evidencia científica, con calidad integral y con un sistema de evaluación orientado a los resultados en salud de la población. No queremos contemplar, por ejemplo, solo la recuperación de un proceso agudo, sino considerar también la calidad de vida que tiene el paciente tras su recuperación.

En cuarto lugar, es un modelo de atención integrada. Frente a un modelo de atención discontinua y fragmentada con problemas de coordinación entre niveles, especialmente entre la primaria y la especializada, queremos un modelo de atención continuada, de atención coordinada y que englobe la integración de procesos.

En quinto lugar, será también un modelo eficiente y sostenible. Frente a una demanda creciente al consumismo, al que hacía referencia antes, y a la especialización excesiva, queremos un sistema que atienda y fomente una demanda razonable, un uso racional de los recursos y que sea resolutivo en el nivel idóneo.

En sexto lugar, fomentará la corresponsabilidad del paciente en el cuidado de su propia salud. Frente al modelo focalizado en la enfermedad y en el paciente dependiente, el nuevo sistema deberá trabajar la promoción de la salud, teniendo en cuenta que los pacientes son hoy personas autónomas y capacitadas.

Y, en último lugar, deberá ser un modelo liderado por los profesionales comprometidos implicados con su responsabilidad en el momento en que nos movemos y conscientes de la importancia que las decisiones que ahora tomemos tendrán en el futuro a medio plazo. No significa esto que los profesionales ahora no estén comprometidos ni motivados, lo que queremos es involucrarles más en las decisiones de gestión y dejarnos orientar más por su experiencia.

Además de estos siete pilares fundamentales de nuestro nuevo modelo de atención sanitaria, hemos detectado que hay otros cuatro factores que inciden en el modelo directamente y que son esenciales para que el desarrollo de las líneas sea posible. Estos cuatro factores son la ordenación de los recursos, las tecnologías y sistemas de información, el desarrollo profesional y la investigación e innovación.

El trabajo en torno a estas siete más cuatro líneas de trabajo lo vamos a articular desarrollando una serie de proyectos que tenemos ya definidos y que son los que hemos priorizado por su contribución a que esos valores sean más claramente percibidos, porque este nuevo modelo contiene, entre muchas otras cosas, un importante ejercicio de priorización. Hay otras muchas iniciativas, actuaciones o proyectos en los que estamos trabajando, pero hemos querido extraer los que consideramos que son prioritarios o que es prioritario que calendaricemos, que abordemos con decisión y que

midamos los resultados, pues eso es lo que nos asegurará que el cambio que pretendemos que se produzca en el modelo asistencial de Navarra sea una realidad dentro de unos años. Podemos ver, si les parece, el detalle de los veinticinco proyectos adscritos a las siete líneas estratégicas.

Conseguiremos un modelo orientado a las necesidades mediante la puesta en marcha de cuatro proyectos: el plan de gestión de las listas de espera, que les explicaré más adelante; el establecimiento de nuevos canales de información y comunicación con los ciudadanos a través de Internet y las redes sociales, que ya está funcionando desde el pasado mes de febrero en el espacio llamado Salud Navarra y en el que todavía tenemos un recorrido para hacer esa comunicación más intensa y fluida, llegando a más ciudadanos; el plan de mejora de calidad de atención primaria, proyecto crucial en la evolución de la atención primaria ordinaria, que está siendo desplegado en toda Navarra y cuyo plan de implantación se mantiene a día hoy en los mismos parámetros que les expliqué en mi comparecencia del pasado 31 de enero; y el desarrollo de sistemas de segmentación de pacientes, como cuarto proyecto, según niveles de carga de enfermedad y definiendo modelos para la asignación capitativa de recursos, de manera que se adecuen las estrategias de intervención a los distintos niveles de necesidades asistenciales.

Los cinco proyectos que pondremos en marcha para lograr un sistema más ágil y accesible son los siguientes. El programa de mejora de la atención continuada y urgente, en cuya implantación estamos trabajando en estos momentos y que pretende la mejora asistencial de los pacientes más frágiles como pueden ser los crónicos, ancianos o terminales, haciéndolo de forma proactiva y establecido por el sistema.

En segundo lugar, el proyecto de aumento de la capacidad resolutiva de atención primaria, muy relacionado con el plan de mejora de la calidad en la atención primaria, que es un proyecto al que le hemos querido dar su relevancia de forma independiente por ser algo crítico en la evolución del sistema y porque combina dos cuestiones particularmente importantes: la dotación de mayores recursos a la atención primaria y la asunción de nuevas responsabilidades por parte de los profesionales de este ámbito.

En tercer lugar, el plan estratégico de salud mental, plan elaborado en la anterior legislatura con la participación de los grupos, cuya tramitación administrativa esperemos que culmine en breves fechas para ser remitido a este Parlamento, pero en cuya implantación ya está trabajando el equipo de salud mental. La implantación de este plan en toda su extensión va a suponer un cambio radical en el enfoque y en la forma de atender estas patologías en el ámbito de la Comunidad Foral.

El cuarto de los proyectos de esta línea estratégica es el plan de mejora de la accesibilidad a la asistencia especializada, que, como saben, busca adecuar y mejorar los horarios de la atención especializada, aumentando la eficiencia de los recursos asistenciales y, consecuentemente, mejorando el nivel de las listas de espera.

Y, en quinto lugar, la potenciación de la cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización a domicilio y los hospitales de día.

En la tercera de las líneas, la de la calidad técnica, el sistema incidirá principalmente en un nuevo proyecto, que es el plan de evaluación de calidad asistencial.

En cuarto lugar, para conseguir una atención integrada trabajaremos en los siguientes proyectos. La elaboración de una estrategia de atención integral a patologías crónicas que promueva una mayor implicación y capacitación del paciente en su autocuidado y desarrolle un nuevo modelo de atención por procesos integrados que mejore los resultados en eficacia y eficiencia. Para la elaboración e implantación de dicha estrategia, lógicamente, el departamento se coordinará con cuantas instituciones sea necesario, buscando esa integridad.

El segundo de los proyectos dentro de la atención integrada es el plan de coordinación sociosanitaria, que promueve el desarrollo progresivo de un sistema sociosanitario integrado que garantice un modelo de atención idóneo de intervención interdisciplinar, centrado en las necesidades consensuadas de prevención de la discapacidad y la dependencia, atención sociosanitaria domiciliaria, rehabilitación funcional y media estancia, atención sanitaria a población institucionalizada, atención sociosanitaria en salud mental de adultos y en salud mental infanto-juvenil.

El tercero de los proyectos es la estrategia del paciente oncológico. Pretendemos desarrollar una estrategia integral de prevención y atención que acredite resultados, promueva intervenciones poblacionales eficientes frente a los principales factores de riesgo, desarrolle programas de cáncer familiar y garantice una atención ágil, integrada, humanizada y de elevada calidad técnica a los pacientes.

Y, en cuarto lugar, la estrategia integral de atención a las demencias, desarrollando, en coordinación con los servicios sociales, una estrategia de atención integrada a los pacientes afectados de demencia y a sus familiares, a fin de garantizar una atención de calidad integral e integrada, humanizada y adaptada al proceso evolutivo de los pacientes, prestando además los apoyos necesarios a sus cuidadores.

El sistema será más eficiente y sostenible –quinta de las líneas estratégicas– con la puesta en marcha de cuatro proyectos: un plan de comunicación del uso racional de los recursos sanitarios que intente educar a la población en la corresponsabilidad que todos tenemos en la perdurabilidad del sistema; la estrategia de uso racional del medicamento y despliegue de receta electrónica, incidiendo por su novedad en el uso racional del medicamento en el ámbito hospitalario y, en el caso del despliegue de receta electrónica, continuando con los plazos previstos para que culmine el despliegue a lo largo de este 2012; el uso racional de prótesis y material sanitario, buscando la unificación y mejora de los procesos de compra en todo el Servicio Navarro de Salud; y la extensión del programa de mejora del control clínico en la incapacidad temporal, proyecto que creo que conocen perfectamente y cuyo despliegue se está realizando también en estos momentos en los plazos previstos. Este proyecto, entre otros efectos positivos, evita desplazamientos al centro de salud por parte de los pacientes para cuestiones distintas de intervenciones clínicas, permite también eliminar trabajo administrativo en los centros de salud y homogeneizar la duración de las incapacidades laborales en los procesos más comunes.

En sexto lugar –la sexta de las líneas estratégicas–, están los proyectos que incidirán en que el paciente sea corresponsable en el cuidado de la salud. Son los siguientes. En primer lugar, la detección precoz del cáncer colorrectal, mediante la implantación de un programa específico, cuyo programa piloto tendrá lugar en el último trimestre de este año y cuyo despliegue en toda Navarra se producirá a lo largo de los próximos años.

En segundo lugar, el programa de prevención de riesgos en infancia, adolescencia y juventud, que revisará el programa de control del niño sano y desarrollará nuevas actividades de intervención en infancia, adolescencia y juventud, incluyendo intervenciones frente al riesgo psicosocial, la obesidad infantil, el embarazo no deseado, la accidentalidad y la intervención en la escuela.

En tercer lugar, el programa de autocuidado, información y capacitación de los ciudadanos que promueva una mayor responsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de su salud y desarrolle un programa de información y capacitación en el autocuidado de los pacientes con patologías agudas autolimitadas y con patologías crónicas tales como la enfermedad vascular, la diabetes, el asma, EPOC, etcétera.

Y, en cuarto lugar, el nuevo plan de drogodependencias, que ya ha sido elaborado fruto del trabajo conjunto de la Dirección de Salud Mental y del Instituto de Salud Pública y que en estos momentos está siendo tramitado administrativamente y que esperamos que pueda ser aprobado en fechas próximas.

Y, por último, la última de las siete líneas estratégicas con sus proyectos es la que hace referencia a los profesionales comprometidos. Para lograrlo, vamos a poner en marcha tres proyectos. En primer lugar, un sistema de dirección participada y por objetivos, que pretendemos articular en torno a los pactos de gestión en los que ya se está comenzando a trabajar tanto en el área de asistencia especializada como en salud mental y atención primaria y que se cerrarán a lo largo de los próximos meses. En segundo lugar, una estrategia integral de gestión del conocimiento compartido que impulsará el liderazgo clínico, que pretendemos que promueva el desarrollo de herramientas y servicios de ayuda al clínico y que ayude a promover la curiosidad científica, apoyando la formación interna y la autoformación, con el objetivo de favorecer la mejora de la calidad técnica y la práctica clínica basada en la evidencia. Y, en tercer lugar, el plan plurianual de formación y desarrollo de competencias profesionales, desarrollando un plan plurianual de formación, orientado al desarrollo de nuevas competencias profesionales basadas en las prioridades sanitarias y en las necesidades emergentes, definidas en el plan de salud y en el plan estratégico.

Hasta aquí hemos visto en detalle las siete líneas estratégicas que van a definir nuestro nuevo modelo asistencial junto con los proyectos que pondremos en marcha para lograr su reorientación. Pero, como hemos visto antes, también hay factores externos que inciden directamente en la organización y que tienen diversos proyectos asociados. La ordenación de recursos con los proyectos asociados de unificación de los laboratorios asistenciales, de lo que hemos hablado en profundidad en esta misma sede parlamentaria en otras ocasiones, el proyecto de contabilidad analítica y plan de conciertos, instrumentos ambos muy importantes para la toma de decisiones en la gestión sanitaria a corto y largo plazo, y, en tercer lugar, la unificación de servicios del Complejo Hospitalario, desarrollando un nuevo modelo organizativo que aproveche las sinergias y suponga un salto cualitativo en términos de calidad y eficiencia.

El segundo de los catalizadores externos o de los pilares externos es la política de personal innovadora mediante la que se pretende modernizar la gestión del personal del Servicio Navarro de Salud, desplegando una política de personal proactiva y motivadora con una mejora clara de la atracción, estabilidad profesional y satisfacción personal y entre cuyos proyectos más destacados tenemos uno de modernización en la gestión de los

recursos humanos y el proyecto de mejora de comunicación interna.

En tercer lugar, las tecnologías y sistemas de información, que cuenta con los siguientes proyectos como más críticos: la historia clínica electrónica 2.0 –le llamamos así porque tenemos ahora mismo una historia clínica en primaria y otra en especializada y queremos trabajar, además de en mejorar ambas, sobre todo, la especializada, en la interoperabilidad de las dos–; el sistema de gestión integral del paciente; desarrollar herramientas de ayuda en el ámbito de la telemedicina, cuadros de mandos de gestión clínica, etcétera; y, en cuarto lugar, un proyecto de mejora de la seguridad de la información dentro del Servicio Navarro de Salud.

Y, en cuarto lugar, la investigación e innovación con los siguientes proyectos. En primer lugar, la puesta en marcha del nuevo Centro de Investigación Biomédica, desarrollado en el marco del programa FEDER 2007-2013 de la Comunidad Foral y del Plan Estratégico de Investigación Sanitaria 2008-2011. El plan de viabilidad contempla la dotación de plataformas tecnológicas avanzadas y la incorporación de investigadores para dar soporte a la actividad investigadora del Servicio Navarro de Salud. En segundo lugar, en el ámbito de la investigación y de la innovación, el programa de formación de la investigación en el Servicio Navarro de Salud que formule retos, defina líneas, desarrolle instrumentos de apoyo, consolide equipos e incorpore objetivos de investigación a los centros y servicios del Servicio Navarro de Salud y promueva, de manera específica, la investigación en atención primaria. Y el tercero de los proyectos es la estrategia de innovación y generación de ideas en el ámbito profesional, promoviendo la generación interna de ideas que esté abierta a las necesidades y propuestas de proveedores, asociaciones de pacientes, etcétera, e impulse alianzas con otros servicios sanitarios y universidades.

Como pueden ver, el modelo y sus valores identifican claramente nuestro camino para los próximos meses y los proyectos son el vehículo que nos permitirá avanzar por ese camino. Cada uno de los proyectos contará con mayor desarrollo y concreción en la que no creo que sea pertinente entrar hoy mismo, pero seguro que lo hacemos en sesiones posteriores. Pero, como pueden observar, para lograr el éxito es necesario concienciar a la población de que la sostenibilidad del sistema depende en buena parte de que seamos capaces de acometer, sin dilación, la revisión autocrítica de un modelo asistencial que requiere una adaptación al nuevo medio.

En este sentido, como ya les he dicho, estamos trabajando ya en una campaña de comunicación que intentará concienciar a los ciudadanos de la importancia que tiene el que seamos capaces de utilizar de una manera adecuada nuestros recursos sanitarios. Para ello, se ha establecido ya un grupo de trabajo que cuenta con la participación de profesionales de la medicina, la enfermería, el marketing *y la comunicación, que ya están trabajando en ello. Y también les he dicho y quiero reiterar ahora que la esencia del modelo es la participación de los profesionales, por ello nuestro trabajo y nuestro esfuerzo está ahora concentrado en intentar cerrar con ellos todo lo que atañe a los aspectos técnicos y organizativos.*

Pues bien, una vez visto el modelo como marco general de todas nuestras actuaciones, quiero pasar a presentar detenidamente dos de ellas: el programa de mejora de la atención continuada y urgente y el programa de mejora de la asistencia especializada que, a su vez, agrupa algunas de las actuaciones que hemos identificado en esos veinticinco más once proyectos.

Programa de mejora de la atención continuada y urgente. El sistema de salud en nuestro país está basado en un primer nivel asistencial más accesible, en la atención primaria, que debe garantizar la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente y, además, de forma cercana. Sin embargo, diversos factores sociales, económicos y sanitarios han dado lugar a una asistencia continuada claramente mejorable, sobre todo en la atención a aquellos que más lo necesitan, que son los pacientes crónicos y los ancianos, grupos de población que, por otro lado, serán mucho más numerosos en los próximos años.

Nuestro punto de partida ha sido, entonces, la detección de las siguientes áreas de mejora en la atención continuada en estos momentos. La primera es que hoy en día tenemos una cobertura insuficiente de la cita en el día tardía, es decir, de la que se produce a última hora de la mañana y que no es demorable al día siguiente. Este paciente en el sistema actual acaba en urgencias y normalmente, resuelto el problema que tiene en ese momento, el profesional de urgencias le remite a su médico de familia al día siguiente para que continúe con el seguimiento.

La segunda de las áreas de mejora detectadas es que no estamos garantizando el seguimiento de pacientes severos, crónicos, paliativos, terminales, etcétera, que necesitan ser visitados varias veces al día. En zonas rurales y de poca población se está produciendo ese seguimiento cuando nuestros profesionales, muy comprometidos con sus pacientes, lo hacen, pero el sistema no propicia que se haga de forma estructural y en todos los ámbitos.

Y la tercera de las áreas de mejora es que vemos que hay un gran margen de mejora en la

planificación y coordinación entre los niveles asistenciales, es decir, entre la primaria y la especializada, que puede producir resolución de problemas de salud en el primer nivel asistencial y evitar innecesarios reingresos de los pacientes a los que me refería en el punto anterior como más complejos o más vulnerables.

Por ello, nos hemos planteado una estrategia basada en tres puntos: la mejora de la atención ordinaria a través de la extensión del plan de mejora, dotándole de mayor capacidad resolutiva; la mejora de la atención continuada y urgente; y la atención a la urgencia.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, como decía anteriormente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. La atención primaria ordinaria es la que se presta en el horario ordinario de funcionamiento de los centros asistenciales, generalmente de 8 a 15 horas. Esta atención requiere cita previa y es asumida por los profesionales a los que está adscrito el paciente, lo que garantiza la continuidad asistencial y el adecuado seguimiento del mismo.

Con el nuevo modelo, la atención primaria ordinaria sigue igual que hasta ahora en todo el territorio foral, sin eliminar ningún centro de salud ni consultorio. Se extenderá al plan de mejora tal y como está previsto, se aumentará la capacidad resolutiva de la atención primaria mediante el acceso completo a pruebas diagnósticas, el apoyo mediante interconsulta no presencial especializada y nuevos modelos de relación primaria-especializada y la dotación de centros de apoyo cabecera comarcales con acceso a pruebas diagnósticas más frecuentes.

En segundo lugar, la atención primaria continuada es la atención en horario ampliado de determinados procesos que precisan de un seguimiento especial –paliativos, pluripatológicos severos, etcétera– y de aquellos procesos agudos que, sin poder clasificarse propiamente de urgencias, requieren de atención en el día y surgen fuera del horario ordinario. Actualmente, este tipo de atención está siendo desempañada por el personal de refuerzo, servicios de urgencia rurales y urbanos.

Y la tercera de las atenciones es la atención urgente, que está 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.

Por lo tanto, como verán, aunque probablemente ya eran conscientes de ello, desde el punto de vista técnico asistencial, los tres tipos de atención son cuestiones diferentes que deben distinguirse perfectamente en la repuesta que la organización sanitaria da a cada uno de los problemas y considero que no deberíamos ninguno de nosotros confundirlos.

Los objetivos en el abordaje de los procesos urgentes son: prestar la atención adecuada a las distintas necesidades asistenciales que demandan los pacientes; accesibilidad geográfica en función del número de centros, de su distribución dentro del territorio, de la distancia y el tiempo de desplazamiento de la población de referencia al centro; garantizar la disponibilidad del recurso en función de la población que se adscribe, de la actividad que genera y de la probabilidad de concurrencia, es decir, que ocurran más de dos urgencias simultáneamente; y, en último lugar, garantizar la competencia de los profesionales mediante una formación adecuada y una casuística suficiente, es decir, una masa crítica suficiente.

Por ello, el nuevo modelo de atención mejorará la atención a la urgencia con la implantación de las siguientes actuaciones. La unificación de la atención urgente extrahospitalaria. Con el objetivo de mejorar su coordinación, todos los servicios de urgencias extrahospitalarios de Navarra se unifican en la Subdirección de Urgencias Extrahospitalarias. La segunda de las actuaciones es el área única. El servicio de urgencias extrahospitalarias no va a estar zonificado, se movilizará el dispositivo asistencial más próximo a la necesidad de atención. En tercer lugar, la solicitud de servicio, que se hará a través de la Agencia Navarra de Emergencias, 112 o acudiendo a los centros comarcales tipo 1, que más adelante veremos. Y, en cuarto lugar, respecto a la tecnología, los cambios son que todos los recursos de urgencias extrahospitalarias se gestionarán con un sistema de geoposicionamiento por GPS.

Tanto en la atención continuada como en la urgente nos planteamos una mejora de la accesibilidad, abordando de forma distinta la problemática de los distintos puntos dispersos por toda la geografía de Navarra y estructurada de la siguiente manera. Los centros tipo 1, llamados poblaciones cabecera de comarca, tendrán atención continuada de tres a ocho de la tarde en los centros señalados y en domicilio, acceso además a pruebas diagnósticas o pruebas complementarias como la radiología, ecografía y analítica de hemoglobina, glucosa, urea, creatinina, potasio, etcétera.

Los centros de tipo 2, que son centros de cabecera de zona básica, situados en poblaciones de tamaño medio y grande. Estos centros tendrán consulta ordinaria continuada y urgente tanto en

el centro como en domicilio de ocho a ocho de la tarde –en los centros 2 A, la atención urgente es presencial– y a partir de las ocho de la tarde y hasta las ocho de la mañana la atención se prestará en los centros de cabecera. Habrá guardia localizada los días laborables de ocho de la tarde a ocho de mañana, festivos y fines de semana veinticuatro horas, en Los Arcos, Carcastillo, Etxarri-Aranatz y Allo.

Los centros tipo 3 son los que están ubicados en poblaciones de tamaño mediano y pequeño. Estos centros tendrán consulta ordinaria continuada y urgente tanto en el centro como en domicilio de ocho de la mañana a tres de la tarde. De tres de la tarde a ocho de la mañana los días laborables, fines de semana y festivos veinticuatro horas, la atención urgente presencial será desde los centros de cabecera de zona básica señalados entre paréntesis en la pantalla y tendrán refuerzo de la atención continuada y urgente mediante guardia localizada en días laborables de tres de la tarde a ocho de la mañana, festivos y fines de semana veinticuatro horas, en Mendavia, Milagro y Fustiñana.

Los centros tipo 4 son los situados en ámbito rural con baja densidad de población o en zonas de actuación especial por sus condiciones de accesibilidad. Estos tendrán consulta ordinaria continuada y urgente tanto en el centro como en domicilio de ocho a tres de la tarde y a partir de las tres de la tarde, la atención continuada y urgente será mediante guardia localizada.

En Pamplona y comarca la consulta ordinaria, continuada y urgente, será de ocho de la mañana a ocho de la tarde en todos los centros de salud y la atención a la urgencia, fines de semana y festivos en los centros San Martín, Rochapea, Ermitagaña y Burlada.

Mención aparte merece la pediatría, que también va a experimentar alguna variación para adecuarse a las nuevas necesidades de los ciudadanos. Así, en el ámbito urbano se seguirá prestando atención ordinaria y urgente presencial de ocho a tres de la tarde los días laborables en todos los centros de salud y los cupos de tarde en once centros. La atención urgente presencial de tres de la tarde a ocho de la tarde los días laborables y los fines de semana y festivos se prestará de ocho de la mañana a ocho de la tarde en los centros habituales de Pamplona –Doctor San Martín y Ermitagaña–, Tudela y Estella, a los que se van a añadir ahora tres más, Mendillorri y Rochapea, en Pamplona, y Tafalla. Y en el ámbito rural la atención seguirá siendo exactamente igual que hasta ahora.

La reforma de la atención continuada y urgente se ha hecho atendiendo a dos criterios de calidad técnica: prestar la atención adecuada a los distintos tipos de necesidades asistenciales, ordinaria, continuada o urgente, adecuando los recursos a las necesidades, dimensionándolos y localizándolos en función de la demanda obtenida por la experiencia en los últimos años; tener en cuenta la accesibilidad geográfica en función del número de centros, de su distribución dentro del territorio, de la distancia y del tiempo de desplazamiento de la población.

Así, el plano de las isócronas de accesibilidad quedaría como ven en la pantalla. El 90 por ciento de la población de Navarra, que son 573.792 habitantes, se encuentra en una isócrona inferior o igual a diez minutos; el 9,6 por ciento se encuentra en una isócrona inferior o igual a veinte minutos; y el 0,42 por ciento está localizado en una isócrona entre veinte y treinta minutos. Les diré que para el cálculo de las isócronas se han tenido en cuenta los núcleos de población de una zona concreta y su distancia al punto sanitario de la zona con base en sus comunicaciones, buscando que los estándares estén en no superar los veinte minutos de respuesta. Así, se ha tenido en cuenta el trazado actual de las carreteras, su estado de conservación, la velocidad media y máxima con la que se circula y también su estado en invierno.

También me gustaría destacar que para la reorganización y distribución de los puntos de atención se han estudiado todas las atenciones que se hacen al año y se ha visto que donde hay mucha población y actividad se requiere un recurso presencial y donde hay poca actividad se ha de establecer un dispositivo que esté preparado para actuar –recalco lo de preparado–, lo que significa en posición de salir inmediatamente y con el material a su alcance, de manera que no tenga que pasar por el centro a recoger ningún material.

Esta es la manera en que se gestionan las urgencias en todas las comunidades autónomas españolas y en todos los países europeos de nuestro entorno en los núcleos de población dispersos y con poca población y como, por otro lado, se atendían en Navarra hasta el año 2008, con un nivel de satisfacción alto por parte de la población.

Queremos que la reforma de la atención continuada y urgente se ponga en marcha de cara al año que viene. Mientras tanto, en estos meses seguiremos trabajando con los profesionales y pondremos en marcha los lógicos trámites burocráticos que conlleva un cambio de estas características. Además, está previsto que a finales de año y de cara a explicar mejor todos estos cambios, se lleve a cabo una campaña informativa para todos los ciudadanos, de manera que no tengan la más mínima duda de qué horario tendrá su centro de salud, en qué centros hay pediatra o qué deben hacer en caso de una emergencia.

Por último, quiero resaltar que no se trata de reducir recursos, sino de redistribuir mejor los recursos humanos que actualmente prestan actividad asistencial en atención primaria y urgencias extrahospitalarias, de forma que determinados recursos que a día de hoy están en el servicio de urgencias rurales puedan integrarse en los equipos de atención primaria, reforzando el primer nivel asistencial como verdadero eje del sistema sanitario y reorganizando de forma global el sistema de atención a la urgencia extrahospitalaria en Navarra.

Paso ahora a detallar el plan de mejora de la asistencia especializada. La atención especializada incluye las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento cuya naturaleza hace necesario la intervención de servicios, secciones y unidades multidisciplinares de carácter especializado. La atención especializada se desarrolla en centros hospitalarios y comprende las consultas externas, la asistencia en hospital de día médico o quirúrgico, la hospitalización, la hospitalización a domicilio, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la atención en el área de urgencias.

Como ya hemos visto, el sistema sanitario actual se diseñó principalmente para la atención de episodios agudos y en estos momentos nos encontramos con que cada vez tenemos más enfermos crónicos. El programa de mejora de la asistencia especializada pretende una atención más accesible, orientada a las necesidades de los pacientes, enfocada a los resultados, más eficiente en la utilización de los recursos, con unos servicios más integrados y garantizando una elevada calidad. Para ello, vamos a poner en marcha cuatro actuaciones. En primer lugar, la gestión de la lista de espera, que ya les expliqué en este mismo foro hace algunas semanas, y que tiene por objeto la mejora de los sistemas de registro, control administrativo y gestión de las listas de espera y el establecimiento de un sistema de clasificación de los procesos, estableciendo prioridades de atención según criterios clínicos, sociales y laborales de los pacientes.

El segundo de los proyectos es el aumento de la accesibilidad a la atención especializada mediante la ampliación del horario de consultas presenciales, no presenciales y pruebas complementarias, que se fijará en función de la naturaleza de cada servicio médico, aunque con carácter general funcionarán hasta las dieciocho horas y de los quirófanos, que funcionarán con horario deslizante hasta las diecisiete horas. En este sentido, también quiero resaltar las infraestructuras que en estos momentos se están desarrollando y que propiciarán un incremento de la actividad de hospitales de día y cirugía mayor ambulatoria, que son los nuevos hospitales de día de oncología y hematología en el Pabellón C del Complejo Hospitalario, el nuevo hospital de día de oncología en el Hospital de Tudela, la ampliación del hospital de día de oncología pediátrica también en el Complejo Hospitalario, el impulso de la cirugía mayor ambulatoria en los hospitales de Estella, Tudela y Ubarmin, el fomento de la hospitalización de día en especialidades médicas como la endocrinología, la pediatría, la neurología o la reumatología, y el impulso de la hospitalización a domicilio. Se trata de incrementar la utilización de este servicio de forma paulatina, para lo que nos hemos marcado unos objetivos de incremento de un 20 por ciento a lo largo de este año.

En tercer lugar, la unificación de servicios médicos de los antiguos hospitales de Navarra y Virgen del Camino, buscando una mayor eficiencia de los recursos tanto humanos como materiales y la mejora de su capacitación técnica a través de su organización en unidades funcionales que permitirá, además, una reordenación de las guardias de servicios en el Complejo Hospitalario de Navarra. Pueden ver en la pantalla cuál es el ritmo de unificación de los servicios, cuáles son los que se están unificando en estos momentos y cuyo proceso tiene que culminar antes de finales de junio o para San Fermín y el segundo bloque, que ya ha comenzado el proceso de unificación y que está previsto que se termine a finales del año 2012.

Y, en último lugar, la optimización de los recursos dentro de la asistencia especializada mediante las siguientes actuaciones. En primer lugar, la colaboración entre las áreas territoriales, aprovechando la capacidad asistencial disponible de cada una de las áreas para satisfacer, si es preciso por la lista de espera, demandas de otras. Así, se ha puesto en marcha ya la derivación de pacientes en lista de espera en cirugía de pared abdominal y biliar al Hospital García Orcoyen, de Estella, y se atenderán pacientes en listas de espera para pruebas complementarias en cualquier centro de la red con independencia del área de residencia del paciente.

En segundo lugar, el desarrollo de circuitos de alta resolución. Tenemos previsto el incremento de circuitos de diagnóstico rápido en situaciones de sospecha de procesos de oncología, alergología, traumatología, ortopedia y cardiología, que nos permitirán abordar con mayor prontitud estos procesos con el consiguiente beneficio para el paciente y para el propio sistema.

Y, en tercer lugar, la comisión del uso racional de prótesis que, como he comentado anteriormente, pretende que realicemos una compra centralizada y unificada de material protésico en todos los ámbitos asistenciales del Servicio Navarro de Salud.

Y hasta aquí la explicación del nuevo modelo asistencial y de estos dos proyectos en los que estamos trabajando. Como ven, se trata de un proyecto de mejora de una gran envergadura. He intentado no leerles lo que ya les mandé –supongo que lo habrán hecho ustedes detalladamente–, sino incidir en aquellas cuestiones que pudieran resultar más novedosas. Y ahora, como siempre, estoy a su disposición para cualquier aclaración que necesiten en este momento o si lo quieren más adelante, para que podamos compartir la información con cualquiera de ustedes y escuchar las aportaciones que quieran hacernos. Nada más. Muchas gracias.

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

SRA. RUIZ JASO (2): *Eskerrik asko, Presidente jauna. Mila esker, Vera andrea, eman dizkiguzun azalpenengatik.*

Ni ere hasieratik hasiko naiz. Eta hasiko naiz esaten Excusatio non petita, accusatio manifesta. *Guk oraindik gaur ezer esan gabe, hasi zara esaten zer nolako gardentasunez eraman duzuen prozesua aurrera, eta zenbat eragilerekin eta zenbat sindikaturekin elkartu zareten azaltzeko. Zerrenda luzea eman diguzu, egia da, eta ez daukat inolako zalantzarik bilera horiek emankorrak izan direnik. Horregatik galdetu nahi dizut ea zein izan den ekarpen nagusia eta, oro har, zer ekarpen egin dizuten eragile horiek, zer kezka planteatu dituzten, ea kontuan hartuko dituzuen, zer prozedura erabiliko duzuen prozesu hori parte-hartzailea izateko, eta –pentsatzen dut horretarako guztirako eztabaida faseren bat zehaztuko zenutela–, ea aurreikusten duzuen ekarpen horiek guztiak noizko izango duzuen jasota eta zer prozedura erabiliko duzuen dokumentu estandar hauek eta eredua bere osotasunean denen ekarpen horiekin guztiekin osatua izateko. Hemen aurrekoan izan genituen eragile batzuek esaten zutena zen, adibidez, Asociación de Medicina de Familia y Atención Primara, zuk aipatu duzu bi bilera izan dituzula beraiekin, eta beraiek guri esan zigutena izan zen bileraren bat izan zenutela, baina departamentutik hamabost eguneko epea eman zitzaiela ekarpena jasotzeko eta beraiek baloratzen zutena zen ez zela ez epea eta ez modua hori planteatzeko, eta, de facto, Tuterako, Sakanako eta iparraldeko zonaldeko medikuek uko egin diotela parte-hartzeari, ez direlako ados egon prozedura horrekin, eta errespetu falta iruditzen zitzaielako horrela planteatzea, hamabost egun zituztela ekarpenak egiteko.*

Horregatik galdetu nahi dut ea benetan bilera horietatik guztietatik jaso dituzuen kezkak zeintzuk izan diren. Guk hemen izan ditugun taldeek oso kezka garbiak azaldu dizkigute, eta pentsatzen dut departamentuari ere halakoak planteatuko zizkiotela.

Hemen parte-hartzeaz hitz egiten entzun zaitudanean, esan duzu parte-hartzaileak izan behar dutela, beraien ekarpenak aintzat hartu nahi dituzuela. Baina gogorarazi dit gobernu honek abian jarriko duen gardentasunari buruzko legea. Azkenean parte-hartzea ez dakit zer terminotan ulertzen duzuen. Informazioa ematea baldin bada, txosten bat bidaltzea baldin bada, txosten bat eskura ematea baldin bada parte-hartzea... Hori, izatekotan, informazioa ematea izango da. Eskasa? Nahikoa? Norberak balora dezala. Baina parte-hartzea beste zerbait da. Parte-hartzea da benetan negoziatzeko, ekarpenak egiteko aukera ematea. Hori da parte-hartzea. Eta oinarrizko edo jatorrizko dokumentu horri ekarpenak egin eta eztabaidatzeko aukera izan ondoren, dokumentu hori edo eredu aldaketa hori baldintzatzeko aukera izatea. Hori da parte-hartzea eta hori da eztabaida zabaltzea.

Orduan, bilera horien guztien berri eman duzuenean eta aipatu duzunean, adibidez, egiten nizun galdera batean horregatik ez dut lehenengo galdera egingo, oraingoan erantzun didazulako, baina berriro formulatuko dizut eta, erantzuten baldin badidazu, ez dut problemarik izango galdera erretiratzeko. Adibidez, LAB sindikatuak uko egin ziola zuekin biltzeari. Ez duzu azaldu zergatik egin zion uko. Horri zuk erantzutea nahiko nuke. Ez dakizu zergatik egin zion uko? Langileekin eta sindikatuekin negoziatzeko eta informazio trukatzeko esparruak oso garbiak direlako legez: mahai sektoriala eta langileen batzordea. Orduan, sektore batzuetatik salatzen ari direna da bilera hauek ari zaretela egiten banan-banan, bilera hauek ari zaretela egiten eztabaidarako eta negoziaziorako markatuak dauden eremuetatik kanpo, eta horrekin ari zaretela –eta guk ere hala uste dugu– saihesten eztabaida irekia, eztabaida publikoa, ari zaretela saihesten edozein kontrakotasun, ari zarete "divide y vencerás" estrategia erabiltzen, eta horri gardentasun falta deitzen zaio. Langileek eta profesionalek badituzte beraien esparruak, esparru legalak direnak, negoziaketarako. Eta hori da negoziazioa eta hori da parte-hartzea. Hori formei dagokienez.

Edukiari dagokionez, hitzaurre luzea egin diguzu, eta hasi zara esaten osasunaren aldeko paktu zabala eskatzen diguzula, modu eraikitzailean aritzea denon artean. Baina horrek zer esan nahi du? Egiten dituzuen murrizketei men egitea eta kritika saihestea? Eragileekin ari zareten bezala, eztabaidarako aukera mugatzea? Ba, hori baldin bada nahi duzuna, guk ez dugu bat egingo horrekin.

---

(2) Traducción en pág. 43.

Esan zenuen aurrekoan eta gaur berriro ere esan duzu, berrantolaketa hau ez dela murrizketa. Orduan, zergatik erabili duzu hitzaurrearen gehiengoa sistemaren jasangarritasunaz hitz egiteko? Sistemaren jasangarritasuna termino ekonomikoetan. Oraindik ere Europako herrialde aurreratuetan inbertitzen denera iristeko ehuneko 46 inguru falta zaigunean, berriro, PPren diskurtsoak bezala. Sistemaren jasangarritasunaz etengabe hitz egiteak beldurra ematen digu. Beldurra ematen digu berriz ere hori entzutea gure aukeren gainetik bizi izan bagina bezala, behar baino gehiago inbertitu balitz bezala osasungintza publikoan. Hau da, egin duzun azalpenaren erdia, gutxi gorabehera, eredu aldaketa justifikatzeko izan da, eta eredu aldaketaren justifikazio hori termino ekonomikoetan, jasangarritasunaz hitz egiten eman duzu. Beraz, hemen berrantolaketaz bakarrik hitz egiteko, zergatik planteatu behar da termino horietan? Ez garelako bakarrik berrantolaketaz mintzatzen, baizik eta murrizketez baita ere.

Eman duzun azalpena luzea izan da, bidali zenizkiguten dokumentuen azalpena, ez dakit xeheagoa, azalpen luzea izan da. Guk behintzat konkrezio gehiago espero genuen. Eta argi dago, oro har hitz eginez, berrantolaketa neurri batzuk beharrezkoak direla, beharrezkoak izan daitezkeela. Hemen jasotzen diren neurri horietako asko: asistentzia mailen arteko koordinazioa bilatzen duten neurriak, arreta espezializatuaren ordutegiak zabaltzea, kirofanoak arratsaldez ere erabiltzea, gaixo kronikoen inguruko koordinazio soziosanitarioa sustatzea, itxaron zerrendei aurre egiteko plana… Hitz eta helburu politak dira, eta zilegi diren helburuak, eta berrantolaketa interesgarriak izango liratekeenak, baina benetan ez dakigu hori noiz eta nola jarriko den abian, zer forma hartuko duen praktikan. Ildo estrategikoez aritu zara gaur berriro ere.

Guk xeheago ezagutzen duguna behintzat, daukagun informazioarekin, profesional zein sindikatuekin partekatzeko aukera izan duguna, bereziki izan da hastapeneko arreta eta urgentziako planarena. Eta nik bereziki horretaz hitz egingo dut.

Bost lan-saio izan ditugu, oker ez banago, sindikatu medikoarekin, SAErekin, SATSErekin, SEMERGENekin eta Asociación de Medicina de Familia-Atención Primaria. Oker ez banago, horiek dira. Eta horiek guztiek batez ere bi ardatzetan kokatzen zituzten euren kezkak: eredu aldaketaren abantailak edo desabaintailak edo behintzat zalantza horiek argitzeko, asistentziaren aldetik izan dezakeen eraginak, eta langile diren aldetik edo profesional diren aldetik horrek ere izan dezakeen eragina.

Gehienak bat zetozen bereziki landa eremuari begirako berrantolaketa dela edo horretan izango duela eragin nagusia. Eta baita ere –eta planteatzen ditut gehienek jaso zituzten kezkak– jendarteari zuzentzen zaion mezua anbiguoa dela, hau da, jendeak azkenean jasotzen duena da asistentzia jarraitua izango dela, hau da, luzatuko dela hastapeneko arretaren ordutegia, baina oraindik zehazteko dago edo horren atzean zer dagoen ongi azaldu gabe dagoela, hori nola egingo den, zein baliabiderekin egingo den. Plantilla berberarekin egingo da? Plantillak erreforzatuz? Profesionalak toki batetik bestera mugituz? Mediku berbera bermatuz edo ez? Eta hori puntu konkretu batzuetan egingo da, baina hori egiteko zonalde horretako gainontzeko tokiak arretarik gabe utzita, iparraldeko eremu batzuetan bereziki? Luzatu egingo da puntu batzuetan arreta zortzietatik zortziak arte? Beste batzuetan edo urgentziaz markatuta baina beste zonalde batzuetan arreta berbera mantenduko da? Pirinio aldeaz ari naiz bereziki.

Profesionalen zalantza ere aipatu nahi dut: nola uztartuko den arreta jarraitua eta urgentziak, zortzietatik zortzirako ordutegietan. Bi gauza diferente dira, eta hori batek baino gehiagok aipatzen zuen. Ea horri plantillarekin nola aurre egingo zaion hastapeneko arretari, arreta jarraituari, eta urgentziei aldi berean.

Eta gero guardia lokalizatuen kontua. Ez da gaur atera, baina hor guzti-guztiek baloratzen dute atzera egitea dela, bai langileentzat eta bai, eta bereziki, erabiltzaileei eskaintzen zaien arretan, bereziki zonalde batzuetan izango duen eragina, eta zonalde horiek dira bereziki bertako erabiltzaileek ongi erabiltzen dituztenak, urgentzien erabilera ona egiten den tokiak direla, hain zuzen ere. Horrek dakarren arriskua. Guardia lokalizatuak, denboran luzatzea. Planteatzen zuten baita ere aipatzen dituzuen isokronak ez direla batere errealistak. Hori zonaldea ezagutzen dituzten profesionalek beraiek esaten zuten, egunerokoan hori bizi dutenak.

Esaten zuten baita ere mapa berriak ez duela, inolaz ere, urgentzietako zerbitzua hobetuko. Zonalde batzuetan okertu egingo dela argi eta garbi. Eta arreta jarraituan ere erabiltzaile askorentzat arreta horrek okerrera joko duela, beste herri batera mugitu beharko direlako, medikua aldatu beharko dutelako. Eta hemen gaixo kronikoez hitz egin dugu, baina bereziki zonalde hauetan, dispertsoak diren zonalde hauetan, adin batetik aurrerako erabiltzaileak izaten dira, gaixo kronikoak izaten dira askotan eta bertako medikuek beraiek esaten dute hor medikuaren fidelizazioak, mediku berberarekin egon ahal izateak daukan garrantzia, eta arreta pertsonalizatu eta integral hori kasu askotan galduko dela.

Beraz, guri ere iruditzen zaigu landa eremuetako erabiltzaileak izango direla kaltetuenak, eta profesionalen kasuan ere bere lan-baldintzak okerrera joko dutela baloratzen zuten, bertako planti-

llak egonkortzea askoz ere zailagoa izango dela. Eta egunerokoan suerta daitezkeen zailtasunak aipatzen zituzten baita ere. Eta ez hori bakarrik, baizik eta proposamenak planteatzen zituzten. Hemendik esan zitzaien proposamen horiek Osasun Departamentura bideratzeko. Planteatzen zuten, adibidez, beste erkidego batzuetan erabiltzen diren kudeaketa klinikoko unitateak, horrelako zerbait antolatzea, profesionalen arteko elkarlana sustatzeari begira. Beste erkidego batzuetan abian omen daude. Ba, hori ere hemen ez dela horrela planteatzen. SUReko ekipo horietan parte hartu duten profesionalak hastapeneko arretako ekipoetan integratzea baldintza berberetan. Baina beraien inpresioa da ez dakizuela orain zer egin orain arte SUR horietan egon diren langileekin. Hori da profesionalek beraiek guri hemen transmititu zigutena. Ez dakit zer transmititu dizuete zuei bilera horietan edo zer ekarpen edo zein zalantza adierazi dizueten. Langile bezala hainbat hutsune ikusten zuten, zentro bakoitzean beharko den langile kopuruaz ez dakitela ezer. Lanaldiak nolakoak izango diren, lekualdatzerik egongo den, zer irizpideren arabera egongo diren lekualdatzeak, langile askoren lan baldintzak okertzea ekarriko duela, eta abar.

Beraz, guk ere zalantzak bagenituen, gaur ere ia zalantza berberekin jarraitzen dugu. Iruditzen zaigu ildo estrategikoak azaltzera etorri zarela berriz ere. Ez dakit konkrezio gehiagorik ez ote daitekeen eman. Ni horrekin gelditzen naiz. Egin dituzuen bilera horiek guztiak egin ondoren, gelditzen gara jakin gabe zer ekarpen jaso duzuen, zer kezka jaso duzuen eta nola bideratuko dituzuen ekarpen horiek guztiak benetako prozesu parte-hartzailea izan dadin. Alde horretatik, irizpideak lehen komentatu dut, egin ditut galderak, irizpidea egiteko zer nolako bilerak egin diren, ba hori erantzuntzat hartuko nuke. Espero dut orain horretan sakontzea bukaerako interbentzioan. Mila esker.

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

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Bien, quería en primer lugar saludar y dar la bienvenida una vez más a esta Comisión tanto a la Consejera como a la parte del equipo que la acompaña y darle las gracias no solamente por la información aclaratoria, completa, exhaustiva, que incluye planificación, objetivos ambiciosos, etcétera, cuya consecución va a aumentar, sin duda, la calidad de nuestro sistema navarro de salud, sino también por el trabajo realizado, el trabajo que se vislumbra detrás de toda esta información que nos ha trasladado en estos momentos. Por ello, también le deseo el mayor y el mejor de los éxitos, pensando sobre todo en los ciudadanos que se pueden beneficiar de este nuevo modelo asistencial.*

En fin, quiero también aquí señalar que toda acusación, como se ha hecho en muchas reuniones y sesiones que hemos tenido en esta misma Comisión con distintos agentes y representantes, de oscurantismo, de falta de transparencia, de falta de información cae por su propio peso después de la presentación y de lo que hemos oído, aunque sea una acusación que reiteradamente ha sido utilizada por los grupos de la oposición. Se ha hecho referencia a muchas de las reuniones que hemos tenido anteriormente y especialmente a la mantenida con la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria, que tuvo lugar el pasado viernes, día 18. Ahí tuvimos ocasión de escuchar y de ver algunas tablas en las que se nos presentaban unos datos. A mí en principio me extrañaron los datos y solicité a ver si me podían pasar esa información. Me dijeron que no, yo no sé si eso es oscurantismo o qué es, igual no es oscurantismo, pero, desde luego, hubiese sido importante que las hubiesen facilitado, si no entonces, por lo menos después para poderlas analizar. Esto hace que esas afirmaciones pierdan credibilidad, por tanto, basarnos aquí en muchas de esas afirmaciones que se vislumbran también como faltas de una fundamentación rigurosa deja mucho que desear. Yo pregunté si esa descalificación que hicieron se refería a todas las que incluía la documentación de que nosotros disponíamos o era alguna concreta que ellos tenían o una mejor medida del tiempo. No hubo respuesta, con lo cual tampoco sé en qué se basaba esa descalificación. Por tanto, no merece, en mi opinión, mucha credibilidad y basarse en esas afirmaciones para fundamentar una intervención me parece también poco serio.

Todos reconocemos que el modelo asistencial actual necesita un cambio, una adaptación, una reforma, una actualización, aunque solo sea por la difícil situación financiera y económica en que nos encontramos, aunque solamente sea porque sabemos que el aumento de esperanza de vida en pocos años va a llevar a duplicar el gasto sanitario. En concreto, además, en Navarra hemos escuchado que en el último período hasta el año 2009, con un aumento del 20 por ciento en personal, se ha llegado a un aumento del 50 por ciento en el gasto sanitario. Por tanto, este nuevo modelo asistencial, que hay que implantar en varios años, no en un año o en unos meses, creo que era completamente necesario.

Hemos escuchado, además, todos los análisis que se han hecho de la situación actual, las líneas estratégicas de trabajo, estrategias varias y bien diferenciadas, aunque luego se ha centrado en siete de ellas, la identificación de los proyectos, he con-

tado hasta veinticinco, la concreción de los objetivos y el cronograma o calendario que habrá que ir poniendo para su implementación. También hay que añadir a esas siete líneas de trabajo y a los veinticinco proyectos, cuatro factores externos con sus once –yo he contado doce– nuevos proyectos.

En definitiva, como decía la Consejera, es preciso trabajar para mantener la calidad del sistema público de salud y para garantizar su sostenibilidad en el futuro. Y esto es responsabilidad de todos, y quiero recalcarlo, de los grupos parlamentarios, de los partidos políticos, de los trabajadores y profesionales de Salud, de sus organizaciones y de sus representantes, un trabajo y una responsabilidad de todos nosotros. Decía usted que el bienestar de los ciudadanos, su salud no entiende de siglas políticas y es verdad, yo comparto esa idea. Por eso, le queremos decir que desde UPN aceptamos esa petición de diálogo constructivo sobre el nuevo modelo que nos solicita, estamos predispuestos a participar en ese diálogo y hacer aportaciones y sugerencias, reconociendo dos aspectos: primero, que no va a ser posible un modelo que guste a todos en todos sus contenidos, eso es imposible; y, segundo, que la responsabilidad de su elaboración corresponde al Departamento de Salud y a los actuales dirigentes.

Hablando de esos veinticinco más doce proyectos, recordaba o me venía a la cabeza que, a veces, el árbol no nos deja ver el bosque y también que digerir el contenido de este nuevo modelo, por su densidad, va a llevar su tiempo. Después de la presentación, se ha centrado en los dos proyectos, cuya documentación ya nos envió en su día y de los que tenemos más conocimiento, que son el proyecto de mejora de atención continuada y urgente y el proyecto de mejora de la atención especializada.

En la atención continuada y urgente es importante resaltar que no se modifica en la base la atención primaria ordinaria, pero que se refuerza y se coloca bajo un amplio paraguas de atención continuada y urgente. Estos aspectos, es nuestra opinión y así se lo traslado al Departamento de Salud, es necesario y conveniente explicarlos e informar de forma clara y sencilla a todos los usuarios del sistema navarro de salud, tanto en el ámbito urbano como en el rural, pero especialmente, quizás, en este último. Y en cuanto al proyecto de mejora de atención especializada, que incluye también la hospitalaria, este es quizás menos desconocido, aquí nos comentaban los mismos representantes de la asociación navarra que no tenían conocimiento de él, me extraña, yo le ofrecí la información que tenía, información que nos enviaron y que nos han resumido también aquí, aunque me dijeron que eso no era proyecto ni nada, no sé qué era aquello. Bueno, es lo que hay hasta ahora y se irá, me imagino, concretando poco a poco con los trabajos que se realicen desde el propio Departamento de Salud y las aportaciones que puedan ir llegando.

En definitiva, el nuevo modelo asistencial, del cual tenemos información, sobre todo sobre dos proyectos y fundamentalmente sobre uno de los veinticinco proyectos, es un modelo muy ambicioso, muy amplio y muy importante y, a su vez, necesario, en nuestra opinión, para la mejora y sostenibilidad del futuro de nuestro sistema navarro de salud. Por eso decía nuestra predisposición positiva al diálogo y colaboración, para hacerlo posible en beneficio de todos los ciudadanos navarros. Muchas gracias.

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

SRA. OCHOA CANELA: *Buenas tardes, señora Consejera y equipo. Muchas gracias por tanta información, que yo creo que la tenemos que desmenuzar muchísimo más porque, la verdad, nos hemos quedado un poco anonadados, pensábamos incidir un poco en la atención primaria y las urgencias, pero no podemos analizar en este momento tantos planes como aquí se han desgranado. De verdad, pienso que en este momento por lo que más preocupados estamos todos es precisamente por este cambio de las zonas básicas, las urgencias y la atención primaria continuada. Yo pienso que es un modelo que se basa en tres patas. Una es, como no podía ser de otra forma, que colaboren todos aquellos trabajadores de Osasunbidea, apoyando ese modelo, colaborando y haciéndolo suyo; a nivel político, los alcaldes de las zonas que, de alguna manera, también ven afectados sus centros de salud, porque pasan a prestar otro tipo de servicio, tienen que volver a asumir las guardias localizadas; y luego, los pacientes, que son los usuarios.*

A mí lo que me gustaría saber es qué opiniones han recibido en todas esas reuniones que ustedes han tenido. Yo sé que es muy difícil cambiar un modelo, porque al final lo que estamos haciendo es cambiar un estatus de trabajo, una forma de trabajar y unos emolumentos, es así de claro. Al final, todo el mundo va a ver modificada su forma de trabajo, va a ver modificada esa figura que yo creo que es la que más incide, sobre todo en las zonas rurales, que es el médico de familia, ese continuismo en tu atención, usted lo ha definido muy bien, ese paternalismo, porque, yo lo dije el otro día, al final, un médico de atención primaria, un médico de familia es un poco tu confesor, es el que te va siguiendo día a día y con el que estableces una relación de confianza.

Sin embargo, todos vemos que hay que reformar el sistema, pero para reformarlo hay que reforzar también lo más fundamental, que es preci-

samente esto, la atención primaria. Y pienso que para eso es fundamental, como también ha dicho el señor Pérez Prados, que la campaña de información que hagamos, sobre todo a la ciudadanía, sea clara, que sepan, desde luego, qué horarios van a tener, qué servicios les van a prestar, adónde tienen que acudir, que no suscite ninguna duda, que sepan que su médico, ese médico de familia, al que tanto cariño y tan buena relación tienen, va a estar en el centro de salud, qué días se les va a atender, porque al final yo creo que eso es fundamental, como es fundamental esa relación que va a tener después el médico de atención primaria con la especializada para poder reducir, como usted ha dicho, las listas de espera.

Creo que también habrá que revisar en esos planes que usted nos ha desgranado muchos procedimientos clínicos que tienen escaso valor y que, sin embargo, hacen encarecer, que ahí sí que creo que hay que tener un poco la economía presente, como es tantas pruebas que se tienen que hacer antes de una atención especializada o antes de una cirugía menor, cuando a lo mejor se ha hecho una analítica, como bien nos dijeron el otro día, una semana antes, que al final es pedir dos detalles más en aquella analítica que te han hecho para no hacer duplicar pruebas o duplicar radiografías por el peligro que entrañan. Pienso que sí que hay que racionalizar, como no puede ser de otra manera, los recursos, como todos vemos, que todos los ciudadanos debemos ser iguales.

Nos gustaría, como no puede ser de otra manera, colaborar, aportar todo lo que podamos en este proceso y creo que la pregunta es si todavía este plan está abierto a ese tipo de colaboración, a ese tipo de sugerencias para poder plantear cualquier tipo de duda o de problema que nos vaya surgiendo en ese devenir. Y nos gustaría preguntarle, y sé que es un trabajo un poco difícil, pero ya ve que son muchas las dudas que se suscitan, a nivel de los centros de salud, sobre todo en las zonas rurales, qué servicios tenían antes y qué van a tener ahora para que cuando nos pregunten, como nos pasa a todos los alcaldes o concejales de las zonas, simplemente no tengamos que estar pensando, sino decir: pues mira, antes tenías esto y ahora vas a tener esto otro, es similar, es igual, la atención va a ser la misma o tu punto de referencia va a ser igual. 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. Buenas tardes a todos y a todas. Yo le voy a dar las gracias por la información que nos ha dado casi por respeto, porque creo que actuar con respeto será una de las primeras causas que tenemos que tener en cuenta porque, desde luego, ni me he abrumado con la información ni me ha parecido, como ha dicho la señora del PSN, la señora Ochoa, algo que nos cueste asimilar, porque hacía tiempo que habíamos leído la información que usted nos ha traído aquí.*

Desde luego, es cierto que a mí me gusta la información, me gusta la participación, me gusta la transparencia. Informar ya lo ha hecho aquí largo y tendido, pero tengo que decir que tenemos distinto concepto de participación y de transparencia. A partir de ahí, podemos estar aquí muchísimas horas debatiendo, cosa que no voy a hacer, pero, desde luego, el concepto de participación y de transparencia lo tenemos muy distinto.

En cuanto a esas acusaciones que nos hacen a nosotros porque ha oído en otras comparecencias que le criticamos de oscurantismo, quiere decir que no solamente somos la oposición, como nos dicen ustedes, los que hemos dicho que carece de participación y hemos hablado de oscurantismo, término que ha utilizado usted, sino que han sido muchísimas las asociaciones, han sido muchísimos los sindicatos que han dicho exactamente lo mismo que estamos diciendo los grupos que estamos en la oposición. Y cuando hace esas menciones de lo que usted oye en las comparecencias cuando no está aquí, a mí me gustaría que, aparte de echarnos luego a los demás en cara cuando viene aquí, asumiera de verdad lo que realmente va de crítica hacia usted y su departamento. No me voy a poner aquí a decir lo que dijeron SEMERGEN, SEMFYC, SATSE, simplemente, aparte de echarnos aquí en cara lo que hemos dicho nosotros, que lo asumimos, yo lo dije, yo lo asumo, asuman usted y todo su departamento lo que le dijeron, cómo tiene que organizar y tenga en cuenta, por lo menos, la parte de aportaciones que le quieren hacer.

Lo siguiente que quiero comentar es que, claro, se habla de sostenibilidad del sistema. Por supuesto que todo el mundo queremos la sostenibilidad del sistema y aquí lo hemos dicho no solo ahora sino antes incluso de que viniera usted, en la anterior legislatura y, probablemente, en la anterior y las personas que estaban aquí antes que yo, porque la sostenibilidad del sistema sanitario no es un debate que viene solo con la crisis, sino que viene de antes. También se ha hablado muchas veces de cambios de modelo de gestión y, claro, también es otra cosa que utilizan ustedes muchísimo, utilizan muchísimo el tema de que la sanidad está por encima de las siglas y que, además, tenemos que tener un diálogo constructivo. Yo no creo que la sanidad esté por encima de las siglas, porque cada uno tiene su modelo sanitario y tiene sus formas de entender cómo quiere la sanidad, pero, desde luego, en lo que sí estoy de acuerdo es en que todo el mundo quiere entrar en un diálogo constructivo.

Yo lo he dicho muchísimas veces, no me pidan diálogo constructivo cuando luego no me van a dejar aportar, y si máximo que ustedes entienden que yo puedo aportar a este nuevo modelo es esto que estamos haciendo aquí hoy, es decir, que usted nos vuelva a contar lo que ya nos pasó en un papel, no me pidan más veces, por favor, que tengamos un diálogo constructivo y que aportemos cosas y que estemos por encima de las siglas, o sea, sean consecuentes con lo que están diciendo y déjennos participar y, si no quieren que participemos, díganoslo y no estén aquí continuamente con la misma monserga.

Es cierto que me parece una declaración de intenciones total, y lo dijo aquí el presidente del sindicato médico, y coincido con él plenamente, todo lo que es el modelo, y me gustaría que alguna vez nos trajeran un cronograma, un presupuesto, cómo van a hacer todos esos planes que tienen ahí, porque mientras no nos traigan todo esto, sigo pensando que todo esto es una declaración de intenciones.

Y ahora voy a pasar, porque se ha detenido usted más y, además, creo que es el verdadero fondo de todo este modelo, a la atención continuada y urgente. Creo que esto va en contra de lo que es el proyecto de mejora de la organización del proceso de atención primaria y luego leeré alguno de los objetivos que aparecen ahí. Pero quiero que me explique, y espero que sea concreta en las respuestas a las preguntas que le voy a hacer sobre lo que es la atención continuada y urgente, primero, cómo se van a incorporar los SUR a los equipos de atención primaria y si no se van a integrar cómo pretenden unificar o darle salida a ese no sé si es problema o a ese cambio que se va a generar ahí. Ahora mismo los médicos de atención primaria tienen sus cupos y atienden tanto a pacientes crónicos como a pacientes paliativos, así como otra serie de cosas que ustedes plantean en este nuevo modelo como que lo van a hacer pero que ahora ya lo están haciendo, otra cosa es que no tengan el tiempo suficiente para poder hacerlo. No tiene por qué ser que unos médicos tengan su cupo por la mañana y otros médicos que no conocen a esos pacientes los tengan por la tarde. Quiero que me diga qué va a pasar, si los médicos que trabajan por la mañana también van a trabajar por la tarde, qué va a pasar cuando tienen el cupo de tarde y deberían estar por la mañana. Me está entendiendo perfectamente y quiero que me lo explique.

Y luego, por otro lado, se hace una diferencia muy clara entre lo que es la atención continuada y la urgencia, pero es que me gustaría saber cómo van solventar el que un médico que está atendiendo a un paliativo o a una persona en su domicilio atienda a una persona que no ha ido al médico por la mañana y va por la tarde porque considera que tiene una urgencia, cómo van a solventar eso y qué diferencia hay con lo que hay ahora mismo. Eso también quisiera que me lo aclararan.

Otra cosa que saben es que hay zonas en las que hay guardia localizada, pero en esas zonas de guardia localizada hay muchos profesionales que no viven ahí y, evidentemente, para hacer las guardias van a tener que estar viviendo ahí. Volvemos a un tema del pasado que era que tienen que estar de presencia física cobrando guardias localizadas y esa fue una de las causas que motivó que existiera esa falta de profesionales en ciertas zonas. No voy a entrar en lo de la mejor atención, que eso también tendría mucho debate, pero esa es una de las causas que generó que no haya profesionales en ciertas zonas. ¿Cómo van a solventarlo? Porque, evidentemente, va a volver a ocurrir, es decir, profesionales que están de guardia localizada, pero de facto es presencia física, entonces, eso, que es volver al pasado, ¿cómo lo van solucionar?

Ha dicho que ustedes les van a dar formación y que es muy importante, me gustaría saber si se la van a dar en su horario habitual o va a ser como hasta ahora, prácticamente fuera del horario del trabajo.

Y luego, para terminar, hay que hacer las cosas consensuadas, con un acuerdo más o menos aceptado, cosa que no está siendo, pero es que resulta que tenemos el proyecto de mejora de organización de atención primaria, un proyecto que es consensuado, con muchísimo debate, con profesionales, aceptado por el Departamento de Salud, y de lo único que se quejaban los profesionales era de que se necesitaba dinero para ponerlo en marcha pero que a Atención Primaria no se le consideraba lo suficientemente importante para poder dotarle del presupuesto necesario precisamente para hacer esa reorganización que, además, es fundamental para la sostenibilidad del sistema. Siendo tan fundamental se necesitan mayores recursos en estos momentos en Atención Primaria, y era la queja, ¿cómo lo van a hacer ahora si no solo no van a meter mayor aportación económica, sino que lo que pretenden es realizar recortes en cuanto a personal?

Y voy a terminar diciendo cuál era el objetivo del proyecto de atención primaria. Era desarrollar nuevos modelos organizativos del proceso asistencial que respondan a las necesidades de los ciudadanos, que favorezcan el desarrollo de todos los profesionales y se orienten a la mejora de los resultados de organización medidos en términos de calidad integral, garantizar una accesibilidad adecuada a los distintos servicios del centro de salud, mejorar la agilidad y desburocratización, mejorar la información facilitada, asegurar un tiempo de atención suficiente, garantizar una aten-

ción sanitaria integral, efectiva y eficiente, garantizar la integración de los procesos, la accesibilidad y la continuidad, promover el autocuidado de los pacientes, etcétera. Teniendo todo esto ya consensuado y realizado con los profesionales, ¿por qué están haciendo este cambio con el que no están de acuerdo prácticamente ni las asociaciones científicas ni los sindicatos?, ¿por qué están haciendo esto?, si con ese modelo que se aprobó ya se podría reorganizar la atención primaria para poder hacer ese valor o esa sostenibilidad que merece el sistema. Pero, bueno, no voy a ir más allá, quiero que me responda explícitamente a las preguntas que le he hecho, creo que le he hecho cinco preguntas y espero que me responda a las cinco. Muchas gracias.

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

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. Quiero agradecer a la Consejera de Salud y a su equipo la comparecencia en esta Comisión y la exhaustiva información que nos ha dado esta tarde, información que ya conocíamos previamente en parte porque nos la había mandado por correo electrónico. Y quiero empezar diciendo que a nosotros nos sorprende en gran medida que los colectivos que han ido pasando por esta Comisión se han quejado de falta de información, de diálogo y de participación, a pesar de la información que nos ha dado ahí de todas y cada una de las reuniones que han ido manteniendo tanto la Consejera como su equipo con los distintos colectivos. Una cosa es que no se compartan los planteamientos y otra cosa es que haya quejas de falta de información y de participación.*

Es imposible en cinco minutos entrar en detalles de toda la información que nos ha dado y hacer un análisis pormenorizado de todo este cambio del modelo asistencial. Es indudable que para nosotros es necesario un cambio en el modelo de gestión sanitario y, globalmente, vemos con buenos ojos el modelo que aquí se ha planteado esta tarde, modelo centrado en el paciente, modelo encaminado a la sostenibilidad del sistema, modelo que potencia la Atención Primaria que, desde nuestro punto de vista, debe ser un pivote sobre el que se base el sistema sanitario público, un modelo que tiene siete líneas estratégicas y multitud de proyectos para desarrollar, algunos de los cuales ya están en marcha, entre ellos, el plan de gestión de listas de espera, el plan de salud mental, el plan de mejora de atención primaria, que esperamos que durante este año se implante en todos los centros de salud de la geografía navarra. Yo voy a hacer unos planteamientos, unos pensamientos en alto porque, como digo, es imposible meterse pormenorizadamente en todos y cada uno de los detalles del nuevo modelo planteado.

El modelo plantea una prolongación horaria de la atención ordinaria a los pacientes, prolongación horaria en los centros de salud hasta las ocho de la tarde y en asistencia especializada un horario flexible, deslizante, asegurando la atención en consultas hasta las seis de la tarde y en quirófano hasta las cinco. Esto conlleva unos cambios de jornada en el personal, parte de estos cambios de jornada viene ya legislada por el incremento en la jornada de los funcionarios, de los trabajadores y, otra parte, que es la modificación de los horarios en las jornadas de trabajo, yo creo que se va a tener que plantear en los órganos de representación de los trabajadores, como es la mesa sectorial. Hay algunas particularidades, en muchos centros de salud ya se está trabajando mañana y tarde, en alguno hospitales, como por ejemplo el de Tudela, ya se está trabajando en bastantes consultas en mañana y tarde en jornada ordinaria y los quirófanos por la tarde ya tienen un grado de actividad que ronda entre el 50 y el 70 por ciento en este centro, concretamente, y se puede plantear alguna problemática si con el incremento de jornada y la prolongación algunos médicos que trabajan por la mañana tienen que hacerlo por la tarde, pero, sobre todo, si los que trabajan en jornada ordinaria por la tarde tienen que hacerlo por la mañana, porque puede ocurrir que haya falta de espacio físico para pasar consulta por la mañana porque, precisamente, uno de los motivos, aparte de incrementar o de mejorar el servicio al ciudadano, por los que parte de la jornada ordinaria se hace por las tardes es que ya no hay espacio físico para pasar más consultas por la mañana.

En cuanto a las urgencias, los puntos de atención continuada, nos parece razonable la organización escalonada que se hace de los puntos de atención continuada y, además, vemos adecuado el mejor aprovechamiento y la mayor eficiencia del recurso que es el servicio de urgencia rural. Quiero comentar que, personalmente, veo acertada la dotación de los puntos de atención continuada 1, con radiología y con analítica elemental, aunque los profesionales que estuvieron aquí el pasado viernes en la comparecencia no opinaban lo mismo. Yo creo que aumentar la capacidad de resolución en lugares más cercanos al domicilio está muy bien, porque va a disminuir la frecuentación de la urgencia hospitalaria, y disponer de una radiología elemental puede permitir descartar neumonías, derrames, dolores abdominales, fracturas, fisuras, etcétera, cuestiones que muchas veces son la única causa de que el médico de atención primaria en un momento determinado pueda derivar a la urgencia hospitalaria para descartar cualquier tipo de esta patología que se puede des-

cartar con una radiografía simple en cualquier momento.

Por otra parte, la radiografía digitalizada realizada en estos puntos de atención continuada 1 va a ser accesible desde cualquier puesto de trabajo y, por lo tanto, si requiere derivación es una radiología que no va a haber que repetir en el punto de destino. Es, además, un recurso utilizable veinticuatro horas al día tanto en los casos urgentes como en los casos preferentes de control evolutivo, y lo mismo ocurre con el analizador. Desde luego, disponer de radiología, analítica elemental y electrocardiografía multiplica la capacidad para tomar una decisión acerca de la actitud que hay que tomar en el tratamiento de los pacientes y si hay que hacer un tratamiento específico o derivarlo a un centro hospitalario.

Hay una discrepancia en cuanto al punto de atención continuada de Tudela. El punto de atención en Tudela, que es una población rodeada de variantes, tiene un punto de atención continuada 1, al cual los pacientes tienen más dificultades de llegar que al propio hospital, a no ser que se exija para llegar a urgencia hospitalaria el volante como se hacía antiguamente.

En cuanto a las guardias localizadas, confiamos en el trabajo de los técnicos en cuanto a la distribución de los puntos de atención continuada que tienen guardia localizada. Siempre, desde luego, es mejor tener al médico al lado cuando ocurre algo, pero esto no siempre es posible ni siquiera teniendo guardias de presencia física, lo que hay que procurar y garantizar es la asistencia en el tiempo adecuado, independientemente del carácter que tenga la guardia. Hay un trabajo respecto a accidentes de tráfico, el protocolo de actuación y buenas prácticas, elaborado por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias, que establece que el 80 por ciento de la población tiene que estar cubierto por un servicio vital avanzado en una isócrona de quince minutos y el 90 por ciento en una isócrona de treinta minutos. El modelo que ustedes nos plantean aquí nos garantiza que el 90 por ciento de la población puede ser atendido en diez minutos o menos y el 9,6 por ciento restante en veinte minutos o menos, por lo tanto, creo que se cumple con los criterios establecidos y adecuados.

Y en cuanto a la asistencia especializada, quiero comentar lo que ya he dicho, la ampliación de consultas hasta las seis de la tarde y hasta las cinco de la tarde los quirófanos, en algunos centros esto ya se está llevando a cabo en jornada ordinaria. Quiero insistir en la implantación de nuevas formas de asistencia como son la hospitalización a domicilio, la cirugía mayor ambulatoria, la realización o el planteamiento de nuevas infraestructuras acordes con las nuevas necesidades y es importantísimo acometer el plan de gestión de listas de espera.

En resumen y para terminar, es un modelo ambicioso, con muchos cambios que, desde luego, van a necesitar de la colaboración imprescindible de los profesionales. Aquí ahora, en esta tarde, se nos ha planteado o se nos ha mostrado qué es lo que se quiere llevar a cabo y ahora queda la parte más importante y, a la vez, la más difícil, que es cómo se va a llevar a cabo esto y para ello opinamos que es imprescindible que los profesionales den su opinión y, sobre todo, se impliquen en el proyecto, porque es fundamental para que el proyecto salga adelante con éxito. Desde aquí, les animamos a que sigan trabajando en este nuevo modelo, a que mantengan la relación y la opinión con los distintos profesionales, esto es imprescindible desde nuestro punto de vista, y desde nuestro grupo les mostramos el apoyo necesario y el que ustedes requieran para llevar a cabo este ambicioso proyecto y les deseamos éxito. Nada más. Muchas gracias.

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

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Arratsalde on, buenas tardes, señorías. Buenas tardes, señores de la prensa. Buenas tardes, señora Vera, señora Borruel, señora Ibarrola y señor Sanz, muchísimas gracias por estar hoy con nosotros aquí. Comenzaré diciendo, señora Vera, que estoy totalmente de acuerdo con usted en que es preciso mantener el sistema público de salud y garantizar su sostenibilidad, comenzó así usted su intervención, si mal no recuerdo, evidentemente, además de intentar lograr la eficacia, la eficiencia del sistema y rentabilizar sus recursos, que son dos cuestiones, desde mi punto de vista, independientes, quiero decir que independientemente de que haya crisis o no haya crisis, lograr o pelear por esta eficacia y por esta eficiencia es absolutamente necesario. Además, y en eso sí que coincidimos con usted, hace falta hacer una reforma del sistema sanitario en algunos sentidos. Ahora bien, no en el mismo sentido que usted ha presentado hoy y voy a intentar explicarme.*

Antes quiero decir que, por supuesto, además de estar de acuerdo con usted en que hay que mantener el sistema y garantizar la sostenibilidad, creemos que hay que mantener este sistema en lo que es universal, equitativo, accesible y solidario. Y la sostenibilidad, desde nuestro punto de vista, debería garantizarse vía impuestos, lo hemos dicho en muchas ocasiones, por eso digo que es independiente el que haya que hacer ajustes que, posiblemente, darán lugar a un ahorro sin ninguna duda, pero independientemente de esta situación.

Señora Ochoa y señor Pérez Prados, no puedo evitar hacer un comentario a lo que ustedes han dicho. Señor Pérez Prados, usted ha comenzado riñéndome ya antes de saber lo que iba a decir, porque voy a intentar hacer una crítica, una crítica, desde mi punto de vista, constructiva. Y a la señora Ochoa le digo lo mismo, porque para mí no ha sido nada nuevo lo que hoy ha comentado la señora Vera, a quien, por cierto, agradezco muchísimo su intervención porque ha estado más de hora y media hablando y, desde luego, aunque una haya leído las cosas, cuando las escucha y las lee al mismo tiempo aprende muchísimo más, por lo tanto, se lo agradezco. Yo no sé si la señora Ochoa y el señor Pérez Prados habrán hecho los deberes como yo, pero, desde luego, yo por lo menos me he estudiado muy a fondo los documentos que usted pasó el día 7 de abril y, además, se lo agradezco.

Voy a hacer una pequeña valoración, muy por encima y, además, me voy a permitir mandarle una valoración más extensa y aportaciones de mi grupo por escrito porque –no es el caso del señor Pérez Prados que ya me ha reñido– ha dicho que está dispuesta a escuchar nuestras aportaciones, por lo tanto, cuente con ellas. En principio, una vez leído el documento y habiéndola escuchado a usted, desde luego, nos parece una excelente declaración de buenas intenciones, y lo digo en serio, porque lo veo así. Usted habla de un modelo centrado en los pacientes, en la problemática que tenemos actualmente de crónicos y en que, por lo tanto, hay que reformar el sistema que está más centrado en los agudos, en el uso racional de los servicios médicos, de los fármacos, etcétera. En eso estamos de acuerdo, pero intuimos que estas reformas, desde nuestro punto de vista, no apuntan muy bien. Empezando por la crítica que han hecho diferentes colectivos que han pasado por aquí, desde el Sindicato de Médicos hasta el de auxiliares sanitarios y pasando por todos los sindicatos, que se quejaban de que no habían contado con los profesionales. En este sentido, usted hoy ha dicho que ya han emprendido reuniones con colectivos para informar y explicar los cambios que se van a llevar a cabo. Desde nuestro punto de vista, debería haber sido de otra manera, debería haber entrado en contacto con estos colectivos, trabajadores, trabajadoras, Ayuntamientos, corporaciones locales, usuarios, etcétera, para hacer un análisis de la situación, de las necesidades, de los puntos débiles y fuertes que tiene en la actualidad nuestro sistema de salud. Y, en este sentido, le voy a hacer las dos únicas preguntas que le voy a hacer esta tarde. ¿El plan está abierto a modificaciones?, ¿estarían ustedes dispuestos, si tienen una oposición social mayoritaria, a retirarlo? Y segunda pregunta: ¿ha recibido usted alguna aportación tanto criticando el plan como al revés, alabándolo, como ha sido el caso del Partido Socialista, de Unión del Pueblo Navarro y del Partido Popular hoy?

Voy a hacer una crítica global en tres aspectos. Primero, nosotros entendemos que esta reforma se realiza sin datos y sin estudios, y lo digo porque no sabemos si se hace con impresiones, rumores o con opiniones o con personas que han criticado el sistema actual. El estudio que ustedes citan en todo este proyecto es interesante y, desde luego, es un ejemplo claro de que los gestores sanitarios deberían impulsar estudios de estas características, pero entendemos que adolece de ciertas limitaciones metodológicas que hace que determinadas conclusiones, desde nuestro punto de vista, no sean del todo válidas. Por ejemplo, la no realización de análisis separados de los distintos tipos de expertos entrevistados, una persona que ha trabajado exclusivamente en urgencias hospitalarias está opinando a lo mejor del funcionamiento de la atención de urgencia de centros de salud y al revés. Los autores del estudio que ustedes citan no hacen esta segmentación en el análisis de las respuestas y, si lo hicieran, probablemente daría lugar a un problema de representatividad del estudio no tanto desde el punto de vista cuantitativo como desde el punto de vista cualitativo. Y, además, por otro lado nos llama muchísimo la atención que se fijen solamente en un estudio cuando en cualquier investigación cualitativa válida se triangulan resultados de estudios diferentes.

En segundo lugar, nos parece muy preocupante lo que ocurre con el ámbito rural, porque nos parece que es el que sale peor parado. Usted daba los datos del número de población que quedaba mejor atendida o peor atendida, pero el caso es que en gran parte de la zona rural se va a pasar a las guardias localizadas y esto para nosotros supone un retroceso, desde nuestro punto de vista. Y luego en la relación con la atención extrahospitalaria en general, que a mí me parece un lío, agradezco la distinción que ha hecho hoy entre atención continuada, urgencia menor y urgencia vital, yo tenía un poco de lío ahí, por lo tanto, se lo agradezco, pero, en todo caso, nos parece que se va a atender la urgencia no vital, si no he entendido mal, desde quince puntos en Pamplona y se va a reforzar el equipamiento para esta urgencia no vital en seis poblaciones importantes de Navarra y, sin embargo, se recorta la zona rural, donde el personal médico y de enfermería va a pasar a ser localizado. La señora Garaialde ya ha comentado los problemas que puede suponer, pero esto significaría que si ocurriera en un momento determinado una urgencia vital en las zonas rurales, incluidas las carreteras, señor Pérez Prados, porque por las carreteras pasan muchos turistas que también pueden tener un accidente, el médico en guardia localizada puede estar en su pensión, en su casa o donde sea, como usted dice, señora Vera,

cogerá el maletín, irá corriendo, pero entendemos que en este caso empeora las posibilidades de acercarse más rápidamente al lugar del accidente si la atención es localizada en lugar de presencial. Además, teniendo en cuenta cómo está el precio de la hora de la guardia localizada, que estas personas tendrán que pagarse la cama, el lugar –de esto usted sabe muchísimo más que yo–, nosotros entendemos que, en este sentido, disminuirá la calidad de la atención.

Además, pensamos, me lo va a permitir, que se puede hacer mejor y que, incluso, se puede mejorar la situación actual que, desde nuestro punto de vista, no es mala, creemos que es buena. Se puede hacer que los sanitarios rurales, como decía antes, lleguen antes en caso de una urgencia vital o una urgencia menor, se puede incorporar a todos, a los médicos rurales y a los especializados en urgencias, en la formación y protocolos de intervención, se puede hacer más rápida la llegada de las ambulancias medicalizadas desde Pamplona, rentabilizando los helicópteros, se pueden usar las ambulancias de bomberos, las ambulancias rurales, etcétera.

A nosotros nos parece que se planifica por demanda y no por necesidad, como usted dice. Porque usted dice todo lo contrario, pero se está justificando recortando allí donde se demanda menos y manteniendo y ampliando recursos donde se demanda más. Entendemos que cuando multiplica por cuatro la oferta de urgencia menor y no vital en Pamplona parece que se aumentan los recursos, aunque estos no sean necesarios, sin embargo, como le decía antes, deja buena parte de la zona rural más desatendida de lo que estaba ahora y, desde luego, con una atención a la urgencia vital mucho menor.

Y resumo siete ítems, los resumo, pero le digo que le mandaremos por escrito, intentando entrar más en los que es más técnico. Nos parece que la reorganización que usted presenta va a producir unos resultados inminentes: la reducción de los puntos de atención urgente y continuada a cambio de una dotación de medios en algunos puntos que, además, va a ser completamente irrelevante, desde nuestro punto de vista, para mejorar la efectividad y la calidad de la atención. Disminuirá muchísimo más la participación de los profesionales de los equipos de atención primaria en la atención a la urgencia, desplazándolos a una poco definida atención continuada, convirtiendo la guardia de presencia física, que era, como le decía antes, de respuesta más rápida y previsible y también más respetuosa de las condiciones laborales de los profesionales que trabajaban en estas zonas, por unos profesionales que atenderán con guardia localizada. Y, por otro lado, creemos que se desarraiga más a los SUR, haciéndoles perder su relación con los equipos de atención primaria en una población poco definida.

Nos parece una reforma, como le decía, sin un estudio previo suficiente, una reorganización que parte de premisas no pertinentes, una reorganización que se hace a espaldas de la población, aunque usted dice ahora que se ha reunido con todo el mundo, pero es a posteriori, una reorganización que supone un considerable descenso de la calidad de la atención urgente y continuada en Navarra, como le he comentado, y una reorganización a espaldas de los profesionales, aunque ahora se haya reunido usted con ellos. Desde luego, ya sé que no le va a gustar nada esto que le voy a decir, pero nosotros rechazamos esta actual reorganización y apostaríamos por iniciar un nuevo proceso, partiendo de un diagnóstico de la situación que sea completo y participativo y discutir posibles alternativas estratégicas y concretar medidas concretas. Muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Gracias, señor Presidente. Yo creo que he tomado nota de todo, pero si al final no contesto a alguna de las cuestiones, no sé si el señor Presidente nos dejará intervenir otra vez o no sé si se puede, pero igual se me pasa alguna cosa. Empezando por la pregunta que me hacía la señora Ruiz acerca de cuál era la metodología que íbamos a utilizar, si vamos a tener en cuenta o si habíamos tenido en cuenta las aportaciones. Las aportaciones claro que las hemos tenido en cuenta porque, aunque dicen que nos estamos reuniendo ahora, no sé si han visto la pantalla antes, yo he puesto qué reuniones hemos tenido antes del 27 de abril y cuáles después. Y las primeras reuniones con el Colegio de Médicos, con las sociedades científicas, con el Colegio de Enfermería, con colectivos de médicos y enfermeras, del SUR, de atención especializada eran para hacer el diagnóstico de la situación, diagnóstico que a la señora De Simón no le parece suficientemente contrastado, pero que a nosotros sí nos sirvió para contrastar diagnóstico y, por otro lado, bibliografía que habíamos consultado y que está al alcance de todos los profesionales, creo que no merece relatar toda la bibliografía, pero que la tengo aquí a su disposición. Y claro que hemos tenido en cuenta lo que nos han dicho sobre el diagnóstico, sobre las áreas de mejora de nuestro sistema actual, y en algunos casos, como usted dice, algunas personas nos han manifestado lo mismo que han manifestado aquí cuando han venido a hablar con ustedes y otras, sin embargo, nos han manifestado otras cosas.*

Entiendo, como les decía también al principio de mi intervención, que nuestra posición, al menos la del Gobierno de Navarra, es la de tratar de

defender intereses generales y por eso yo entiendo que en algunas cuestiones, coincidiendo, como hemos coincidido, en el diagnóstico con muchos de los profesionales y en las áreas de mejora con muchos de los profesionales que también han acudido aquí y han estado con ustedes, luego, a la hora de contrastar las líneas de actuación concretas que nosotros estábamos barajando, ha comenzado a haber discrepancias, discrepancias que entiendo que son debidas a la defensa de un interés perfectamente legítimo pero, al fin y al cabo, individual o de grupo o de colectivo y que yo lo entiendo. No sé si con esto respondo a esa pregunta respecto al cronograma de trabajo, la metodología de trabajo que vamos a seguir.

Hemos mantenido reuniones con los directores de centros urbanos y rurales los días 19, 20 y 23 de abril. Se les ha pedido aportaciones, se les ha dado quince días porque tenemos que ir poniendo unos plazos a las cosas, pero si se alargan en ese tiempo por supuesto que también las tendremos en cuenta. En cualquier caso, les pedimos que nos presentaran alegaciones y propuestas a los representantes de los directores de los centros hasta el 30 de abril. Se produjo una reunión de la comisión de personal de atención primaria el día 10 de mayo, las reuniones de los grupos de trabajo a los que he hecho referencia en mi primera intervención se van a producir entre el 23 de mayo y el 7 de junio, es decir, mañana es la primera de las reuniones de los grupos de trabajo que se han constituido con los representantes que les he comentado anteriormente. Esos grupos de trabajo lo que van a hacer es trabajar sobre el documento que se les ha facilitado a los directores de los centros, que lo van a analizar en profundidad y nos van a hacer aportaciones. Habrá una presentación del informe de conclusiones de los grupos de trabajo, que nos lo tienen que entregar antes del 15 de junio, y cuando ese trabajo esté realizado, convocaremos la mesa sectorial en torno al 29 de junio.

Comentaba que por qué no se ha convocado la mesa sectorial. Sí que hemos tenido, como usted decía, reuniones individuales con los distintos sindicatos. Las reuniones no eran para negociar nada en ese estadio de cómo estaba el proyecto, sino que el Gerente del Servicio Navarro de Salud invitó a cada uno de los sindicatos para explicar de primera mano las conclusiones del análisis y las líneas de actuación a todos los sindicatos, y a esa reunión, como le decía, el sindicato LAB no quiso asistir. La verdad es que desconozco el motivo, supongo que no le parecería el ámbito adecuado, idóneo, no sé cuál es el motivo, creo que tampoco nos lo trasladaron o, por lo menos, yo al menos no lo sé. En esas reuniones no se habló de condiciones laborales de los trabajadores, simplemente se habló con ellos como un agente importante del sistema, porque creíamos que debíamos compartir la información con ellos, pero no estábamos todavía en una fase de negociación. De todas maneras, no le quepa la menor duda, como le he dicho, tenemos previsto tener reuniones con la mesa sectorial, conforme vaya avanzando la definición de los detalles. De hecho, yo creo que no tiene mucho sentido convocar la mesa sectorial si no hay propuestas concretas en materia de condiciones laborales que deben emanar, como les decía, de las ideas que parten de esos grupos de trabajo. Ahí volvemos un poco a esa cierta, no sé cómo decirlo, esquizofrenia o contradicción, no podemos abrir un proceso participativo y al mismo tiempo, desde el primer momento, tener todas las cuestiones definidas para empezar a negociar, porque estamos llevando a cabo un proceso participativo. A ustedes les parecerá más o menos amplio, adecuado, pero la metodología de trabajo que hemos establecido es la de hablar con todos los colectivos antes de la definición de las líneas para negociar posteriormente cómo se va a llevar a cabo la implantación de esas líneas y ese es el proceso en el que estamos en este momento.

Hasta ahora ha habido una doble ronda informativa con los sindicatos presentes en la mesa, a excepción de LAB, con el objeto de facilitarles la información del contexto que estábamos facilitando a los directores de los centros, y también con los Ayuntamientos porque, como decía la representante del PSN, la señora Ochoa, al final los ciudadanos preguntan a sus representantes municipales y por eso hemos querido facilitar una información de primera mano a los representantes municipales en este tiempo en el que están apareciendo informaciones en el periódico, informaciones que, como les decía antes, no son achacables a nosotros, sino que el conocimiento por parte de múltiples colectivos, profesionales, asociaciones o sociedades científicas y sindicatos, está produciendo esa filtración de información. Y lo que haremos será, por supuesto, informar muy bien y de forma muy precisa sobre los servicios que tienen cada uno de los municipios en comparación con los servicios actuales. Pero, como les he dicho, en la mayor parte de los casos, desde luego, la atención primaria continúa exactamente igual, mejora la atención continuada o se mantiene como está, y la atención urgente, a través de esos centros de cabecera, a través de esos medios técnicos que se están poniendo y del cambio de guardia presencial a localizada en algunos casos, pero que es exactamente igual que ahora, es la que conlleva que cuando se llame al 112 el profesional se desplace al lugar donde se está produciendo la emergencia. No sé si con esto contesto a su pregunta, señora Ruiz, si es así, pasaré a responder el resto de cuestiones.

Una de las cuestiones que me han planteado ha sido qué ocurre cuando la atención continuada surge a la vez que la atención urgente. La atención

continuada, al margen de que es una actividad generalmente programada –luego les comentaré cuál es, de alguna manera, el catálogo concreto de las cuestiones que se van a atender en la atención continuada–, puede ser interrumpida para la atención de una urgencia igual que ocurre por las mañanas. En cualquier caso, les voy a comentar que en los distintos centros, por ejemplo, en centros de tipo 1, a partir de las tres de la tarde tienen dos equipos operativos, uno para las urgencias y otro para la atención continuada. En los centros de tipo 2 también estamos analizando, y ahí es cuando me preguntaban: ¿no va a cambiar nada?, pues no, estamos analizando con los profesionales de cada zona y es posible que haya cuestiones que puedan modificarse. Por ejemplo, en los centros de tipo 2 estamos analizando si en alguna de las franjas horarias y en algunos de los puntos puede ser interesante que se produzca un cierto solape entre el equipo que atiende las urgencias y el equipo que atiende la atención continuada. En el resto de centros, atendiendo el nivel de actividad, que es más bien bajo, entendemos que los equipos de urgencia pueden atender la atención continuada, de hecho, ya lo están haciendo. Y les he comentado también en mi primera intervención que lo que pretendemos con el modelo es garantizar esa atención continuada en aquellos sitios en los cuales el sistema no garantiza a los pacientes más vulnerables, como sí se está produciendo en zonas rurales gracias a la excelente disposición de los profesionales y al nivel de actividad, que puede que sea menor. Y ese es uno de los objetivos principales de esta reforma que planteábamos.

Preguntaban cómo se van a incorporar los médicos y enfermeras del SUR a los equipos de atención continuada. Ahí me remito de nuevo a comentarles, por un lado, que de los grupos de trabajo, de las particularidades de cada uno de los centros, de las necesidades de la población de cada una de las zonas, de lo que surja de esos grupos de trabajo vendrá una propuesta y esa propuesta, lógicamente, habrá que negociarla y tratarla con los sindicatos posteriormente. Previsiblemente, entendemos que habrá que convocar un concurso de traslados, pero tendrá que haber un debate previo en la mesa sectorial y, probablemente, también en la general. Habrá un número de médicos y enfermeras que se incorporarán al servicio de urgencias extrahospitalarias que hay en estos momentos y otra parte se incorporará a los centros o a los equipos de atención primaria. Se trata de fortalecer las plantillas, de que se pueda atender en aquellos lugares en los cuales ahora no se puede atender por falta de tiempo la atención continuada, es decir, se trata de dotar de más profesionales para que se pueda atender, como digo, la atención continuada. Eso nos va a permitir también adecuar las ratios de plantilla y homogeneizar con otras zonas básicas, que también es uno de los requisitos de implantación del plan de mejora de atención primaria.

Comentaban la situación en la que estábamos en el año 2007 y que nos encontramos con los mismos problemas que en ese momento. Yo creo que no estamos en la misma situación. En aquel momento la situación de falta de médicos que había no era una cuestión solamente de Navarra, sino que se estaba produciendo a nivel estatal e incluso en toda Europa. Y no afectaba solamente a las urgencias rurales, sino que era para cubrir todo tipo de vacantes. Teníamos gran complicación para que hubiera médicos dispuestos y, de hecho, también de aquello, si recuerdan de anteriores comparecencias, surgieron los programas extraordinarios por la tarde, porque no había disposición de contratar a nuevos profesionales. Yo creo que esa situación tiene poco que ver, en aquel año había, como digo, una crisis de médicos, y la guardia localizada y su precio fueron el factor de controversia, pero no se planteó en aquel momento subir el precio de la guardia localizada. La implantación de la presencia física fue una manera de subir el precio al doble, trayendo como resultado la instalación de recursos excesivos para la actividad y distribuidos generalizadamente e indiscriminadamente. Entonces se crearon los SUR y se generó un plantilla con doscientos cuarenta profesionales. No sé si recordaran ustedes, pero en aquel momento, cuando se implantó el modelo del SUR, incluso ni los propios profesionales planteaban el modelo que finalmente se implantó como la mejor opción, ellos planteaban otra opción distinta a la guardia presencial, y aquello era porque, efectivamente, entendían que la cantidad de atenciones que había no exigía el que se cubriera con guardia presencial. Y esto ha hecho que en estos momentos haya mucha disparidad en las atenciones y creo, además, que no es positivo que contemos con profesionales que, tal y como está organizado el sistema, estén trabajando siete días por semana y estén atendiendo una o dos atenciones entre médico y enfermera, y esto no es una cuestión achacable a ellos, por supuesto, es una cuestión achacable al sistema. Y no es bueno porque además a estos profesionales, cuando el trabajo que tienen que hacer es en esa cantidad y también las cuestiones que les toca abordar son limitadas por tener una escasa masa crítica, les hacer perder habilidades clínicas y eso es algo que el sistema no deber permitírselo, y tampoco es bueno para el ciudadano y eso sí que me parece que es una rémora para la calidad asistencial, no achacable, en ningún caso, al profesional que está ubicado en esa plaza, pero, al final, el sistema, según el nivel de asistencia en cada punto, lleva a eso y eso es lo que tenemos y eso es lo que, entre otras cosas, nos han trasladado muchos profesio-

nales del SUR en todos los contactos que hemos mantenido hasta el momento.

Se habla de que con esta nueva organización vamos a perder calidad asistencial. Me gustaría poner en valor una cuestión que tiene este nuevo modelo, y es que el hecho de pasar, en algunos casos, de guardia presencial a guardia localizada hace no solo que no empeore la asistencia, sino que mejore y me gustaría ponerles el ejemplo de un médico de atención primaria que en este momentos está haciendo cuatro guardias presenciales al mes, que pueden ser al cabo del año, entre vacaciones, cuarenta guardias al año. Cuarenta guardias al año con sus libranzas al día siguiente supone que un médico de atención primaria no esté durante dos meses al año, veinte días y veinte días, veinte días laborables y veinte días laborables. Eso para mí sí que es una calidad asistencial en atención primaria que debe ser mejorable, y el modelo lo mejora, porque al haber guardia localizada y no guardia presencial, no hay libranza y, por lo tanto, cuando un paciente acuda a su médico de atención primaria al día siguiente lo encontrará y creo que eso para el ciudadano es bastante mejor.

Han hecho referencia a qué es lo que se va a hacer exactamente en atención primaria. Hablamos de demanda no demorable, problemas agudos que surgen fuera del horario ordinario, la continuidad de los cuidados y, como cita concertada en esos tiempos de atención continuada, el seguimiento de pacientes graves, inestables o paliativos, la continuidad de cuidados, hay tratamientos y curas que tienen periodicidad de ocho o de doce horas, así como seguimientos de enseñanzas en tratamientos continuados de insulinas, aerosoles, etcétera, y autocita por el propio sanitario en pacientes crónicos. Lo que estamos pretendiendo fortaleciendo la atención continuada en el nivel más cercano al paciente, en el nivel de atención primaria, como así dice el plan de mejora entre sus objetivos, y por eso el plan de mejora continúa estando absolutamente vigente y, de hecho, se está desplegando en este momento, es que cuanto más cerca del ciudadano se solucionen los problemas, mejor, Para eso el profesional necesita tiempo, necesita tiempo para pensar o analizar bien el caso de su paciente y analizar si lo deriva a especializada o si no es necesario derivarlo a especializada y puede él hablar con el especialista, enviarle una prueba diagnóstica y que el especialista le dé su opinión o si, al contrario, el especialista le dice: mejor mándamelo. Este tipo de cosas se pueden hacer en el horario de atención continuada hasta las ocho de la tarde, pero si el profesional tiene a todo el mundo esperando y no tiene mucho tiempo para verlo pues no tiene tranquilidad para hacerlo. Por eso, el objetivo del proyecto es fortalecer la atención continuada con nuevos recursos humanos que se ponen a disposición de la atención continuada.

Me dicen que la Montaña está peor atendida y que por el hecho de utilizar las urgencias solamente cuando es estrictamente necesario les vamos a castigar de alguna manera. No puedo estar de acuerdo. Desde luego, en las zonas rurales aisladas, y porque entiendo que tiene que ser así, como Goizueta, Aribe, Urdax, Valcarlos continúa todo exactamente igual, hay tres profesionales en plantilla para una media de entre cero y una actuación, pero el hecho de la dispersión geográfica exige que existan esos tres profesionales en plantilla y pretendemos que así siga siendo, o sea, no estamos hablando de ningún recorte en número de profesionales en ninguno de los puntos. He oído que vamos a recortar puntos. No, no se va a recortar ningún punto, no sé si hay alguna duda, pero es así. En algunas zonas del norte de Navarra, por darles algún dato, para áreas básicas que tienen en torno a ocho mil cuatrocientas TIS hay cuarenta profesionales atendiendo, por lo que decir que las poblaciones no están correctamente atendidas o que van a estar mal atendidas me parece que es lanzar mensajes que yo creo que no se corresponden con la realidad.

Respecto a la guardia presencial y guardia localizada, a la hora de establecer si en un punto lo adecuado, desde el punto de vista técnico, es dotarlo con una guardia de presencia física o con una guardia localizada es fundamentalmente la actividad la que hace que se identifique como necesario uno u otro recurso. En puntos con poca actividad y, sobre todo, para la atención de la urgencia, lo que se necesita es disponer de un sistema, como les decía antes, de movilización rápida, de recursos localizados en el menor tiempo posible, y esto va a mejorar claramente con el sistema de localización por GPS al que me he referido anteriormente. El tiempo de respuesta a la urgencia incluso va a mejorar, ya que las verdaderas emergencias ocurren en el sitio más insospechado, no ocurren en la puerta de al lado del centro de salud, como se está haciendo ver a todo al mundo. Parece que las urgencias ocurren al lado del centro de salud, por eso es mucho mejor la presencia física. Pues no es así. Habitualmente, son los profesionales los que tienen que desplazarse al lugar, estén de guardia presencial o de presencia física, y no es el paciente el que se desplaza al centro. Toda guardia localizada, además, con más de tres actuaciones durante el día y dos si son nocturnas pasa, a efectos retributivos, a convertirse en una guardia de presencia física, y esto es así por un acuerdo sindical. Además, previa a la implantación del anterior modelo SUR, una reivindicación muy importante de los profesionales de los puntos de especial actuación, los únicos que siguen con guardia localizada, era seguir hacien-

do localizadas, porque, como ellos mismos nos decían, la actividad no justificaba la presencia física en esos puntos, pero pretendían cobrar o querían cobrar la presencia física, claro.

Respecto a los recortes que me decían, no se recorta ningún recurso humano. De lo que estamos hablando es de redistribuirlos mejor para que den una mayor calidad asistencial al ciudadano y para que den al sistema una mayor racionalización en su uso. Y, además, ponemos cosas que ahora mismo no hay: los centros urbanos abren hasta las ocho de la tarde para hacer esa atención continuada, que sí se hace ahora en los rurales o en algunos de los rurales, pero no en los centros urbanos, más puntos de atención urgente en pediatría y siete puntos de referencia con las dotaciones que les he expuesto, además de la geolocalización a la que me he referido para la atención a la urgencia y también, no es poner por encima pero sí cambiar el modo de atención a la urgencia, unificando toda Navarra para que acuda el recurso que esté más cercano y no como ahora, que es por cada una de las zonas básicas.

Voy a revisar las preguntas que me ha hecho la señora Fernández de Garaialde. Me preguntaba cómo se van a incorporar los SUR a primaria. No sé si con lo que he comentado está claro o no.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Lo de los SUR no me ha quedado claro, pero, bueno, ya iremos viendo. Lo que sí que quería saber, y es lo que más me importa, es cómo se van a organizar los cupos. Los médicos de atención primaria ahora ya hacen la atención continuada porque atienden a crónicos, a hipertensos, a diabéticos, insulinas, todo eso, más paliativos, entonces, ¿cómo se van a organizar los cupos?, es decir, ¿va a ser con incremento de esas horas que les toca porque ahora tienen que trabajar más?, ¿va a ser porque los SUR se incrementan?, ¿cómo se van organizar esos cupos?, insisto, teniendo en cuenta que ahora mismo ya hacen esa atención continuada.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Es verdad que la atención continuada la hacen hasta las tres, si un paciente crónico al que le han visto por la mañana tiene una reagudización de un proceso, tiene que acudir a urgencias, pero ahora no va a tener que acudir a urgencias, porque cada uno de los centros de salud, como les decía antes, va a organizar si hacen turnos deslizantes, si van a trabajar una tarde por semana, es decir, los horarios, su calendario anual es el que es y va a seguir siendo el mismo, con ese calendario anual, con el objetivo de atender esas necesidades de atención continuada con el catálogo de servicios que les he comentado en concreto hasta las ocho de la tarde, deberán organizarse y presentar una propuesta organizativa a la Subdirección de Atención Primaria para poder responsabilizarse de la atención continuada de su población, en el ámbito de la población que tiene adscrita ese centro de salud, y en algunos casos urbanos en Pamplona en los que la población no sea suficiente es posible que se hagan agrupaciones de dos centros de salud que estén cercanos.*

El objetivo es que el centro de salud, los profesionales trabajen para esa atención continuada en equipo más allá del cupo personal de cada uno de los profesionales que atienden la atención primaria ordinaria en su horario de ocho a tres o los que tienen cupo de tarde, por la tarde. Fuera de esos horarios, los propios centros organizarán cómo responsabilizarse de la atención continuada de todos los pacientes. Pero estamos, como les decía, esperando las propuestas organizativas concretas que nos hagan los directores de los centros y esperamos que de estos grupos de trabajo, que empiezan a trabajar mañana, nos lleguen esas propuestas que posteriormente, como les decía, plantearemos a la mesa sectorial.

En cuanto al plan de mejora, ya he comentado que sigue el calendario previsto, que nada se ha paralizado, al revés, como decía, es pieza clave para la mejora de la atención ordinaria y, de hecho, es uno de los proyectos identificados en el nuevo modelo como crítico y estratégico. ¿Está todo respondido?

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Yo le había preguntado si el plan está abierto a modificaciones o, incluso, a su posible retirada en caso de que la oposición social fuera amplia.*

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Como le digo, estamos trabajando en ello. En su concreción organizativa de cómo se va a llevar a cabo, por supuesto que estamos abiertos. De hecho, se está trabajando en este momento. Tenemos muy claro cuál es el objetivo y el objetivo es fortalecer la atención continuada para poder atender las necesidades de los pacientes más vulnerables: crónicos, paliativos y pacientes complejos. Para eso entendemos que la atención primaria se tiene que responsabilizar de la atención en un horario más prolongado de lo que es actualmente para que esos pacientes no acaben en la urgencia y se produzcan derivaciones y vuelta a derivaciones al día siguiente o ingresos hospitalarios, ese objetivo lo tenemos claro. En cuanto al detalle de cómo llevarlo en cada uno de los centros, totalmente abiertos, pero estamos muy convencidos de que trabajar en esta línea es lo mejor para el sistema tanto para la calidad del paciente como para la sostenibilidad, que son los dos objetivos que le comentaba anteriormente.*

Una cosa que sí ha comentado antes era la metodología del estudio y no sé si tiene sobre eso

alguna duda. Hacía referencia al estudio Delphi o a lo que habían dicho los profesionales. Delphi es la metodología que se utilizó para ese estudio que apareció en la revista Anales *y que si nos fijamos, y permítanme que les lea rápidamente cuáles eran los problemas que detectaba y cuáles eran las sugerencias, no difiere en mucho de lo que hemos aplicado nosotros. Se lo voy a leer. Problemas detectados. La población desconoce el correcto significado de urgencia y utiliza los servicios de urgencia para patología banal, como una consulta más; existe además un grupo de hiperfrecuentadores que realizan consultas reiterativas por el mismo proceso. Segundo, 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. En tercer lugar, existen ineficiencias por la infrautilización de muchos SUR, con muy escasa demanda y con una infrautilización de las consultas de enfermería. Los centros de salud utilizan el servicio de urgencias como una consulta de rebosamiento para minimizar la presión asistencial, lo que supone una transferencia de costes entre niveles asistenciales. Los SUR se adscriben a un centro de salud, pero no se integran en el trabajo de los equipos de atención primaria. El personal de urgencias no pertenece a ninguna dirección o servicio específico. 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.*

Estas fueron las cuestiones que, a través de esa metodología Delphi, se detectaron como problemas en nuestro sistema de urgencias actual y el citado estudio abogó por la elaboración de un plan estratégico de atención a la urgencia extrahospitalaria, tomando 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: desarrollo de 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; en segundo lugar, unificar packs *con muy escasa demanda en centros próximos, dotándolos de medios adecuados, de transporte y material; 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, un día a la semana los cupos de mañana pasan por la tarde y viceversa, sería una buena manera de mejorar la accesibilidad sin cargas de trabajo accesorias para los equipos; 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 la salud mental.*

Partiendo de un diagnóstico compartido por nosotros y participado por muchos profesionales, estas son las ideas de mejora que surgieron y muchas de ellas son las que hemos aplicado en el proyecto que les hemos trasladado.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Muchas gracias, señora Consejera.*

Pregunta sobre el grupo de trabajo que estudia propuestas de modificación del modelo de asistencia sanitaria, presentada por la Ilma. Sra. doña Bakartxo Ruiz Jaso.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Después de esta batería de preguntas que ha habido al final, después de dos horas y tres cuartos, da idea del interés con que se sigue este debate y en función de las preguntas, quiero aclarar lo siguiente: el punto número 5, que es la pregunta oral que presentaba la señora Ruiz Jaso, queda retirado, porque ya se ha contestado suficientemente y veríamos, entonces, a continuación el punto número 6, que es la siguiente pregunta, de una forma breve, posteriormente haremos un receso y continuaremos con los puntos 1 y 2. Señora Ruiz Jaso, puede usted realizar la pregunta oral.*

SRA. RUIZ JASO: *Buenas tardes otra vez. Lo de la brevedad me lo agradecen a mí que yo he sido la que le he dicho al señor Presidente que iba a ser muy breve. La pregunta número 5 la doy por contestada y la sexta, ha comentado usted algo, pero no me ha quedado excesivamente claro y en dos minutos si me puede contestar. Preguntaba sobre los grupos de trabajo que se habían establecido, porque usted en algún momento nos comentó, yo por lo menos así lo entendí, yo creo que en la comparecencia de finales de marzo, que en esta reorganización global ya había grupos de trabajo trabajando y por eso preguntaba quién está participando y qué criterios se habían utilizado para la selección de las personas que están participando en esos grupos de trabajo. Entonces, no me ha quedado claro, porque ha dicho que mañana tienen la primera reunión y ha dado otra fecha que tampoco me ha quedado clara, o sea, ¿los grupos de trabajo que se van a poner en marcha mañana no son los mismos que han participado en el diagnóstico previo que ha comentado usted? Me gustaría que me lo aclarara. Y luego me ha parecido*

entender que las aportaciones que van a recabar serán de los grupos de trabajo por zonas y también ha comentado un poco los ámbitos, de enfermería, de marketing*, pero no me ha dado tiempo a apuntar, si lo pudiera repetir. Simplemente, para aclarar eso y no utilizo el turno de réplica.*

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias. Buenas tardes. Si se refiere a los grupos en la parte de atención primaria, le diré que hasta ahora y para la parte de diagnóstico y para contrastar las líneas de trabajo en las cuales se estaba trabajando y la identificación de las áreas de mejora se tuvo una reunión con la comisión de personal de atención primaria, dos reuniones con los directores de los centros urbanos y otras dos con los directores de los centros rurales, dos con la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria, una con la comisión asesora, y en la Comisión Asesora de Atención Primaria están representados la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria –SNAMFAP,– la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria –SEMERGEN–, la Plataforma 10 Minutos, la Asociación de Enfermería Comunitaria, la Asociación Navarra de Pediatría –ANPE– y la Asociación de Administrativos. También para contrastar ese diagnóstico previo y para detectar los puntos de mejora se mantuvieron dos reuniones con representantes de los médicos de los SUR, dos reuniones con la Asociación Navarra de Pediatría –ANPE–, una con la Plataforma 10 Minutos, una con el Colegio de Médicos, una con el Colegio de Enfermería, una con el Sindicato Médico y una con SATSE. Y para continuar hablando de los detalles de la implantación, tienen prevista para los próximos días otra reunión con la comisión asesora, que tiene todas esas sociedades que he comentado, con la Asociación de Enfermería Comunitaria y con los directores de los centros urbanos. Esto desde primaria.*

En la parte de especializada, también para la parte de diagnóstico y para contrastar y ver si se coincidía en los aspectos de mejora de la accesibilidad de la atención especializada, desde la gerencia del Complejo Hospitalario se mantuvo una reunión con todos los mandos intermedios del Complejo y, además, a los grupos de trabajo que están creados para la unificación de los servicios –cada uno de los servicios que les comentaba antes que se están unificando tiene sus grupos de trabajo– también se les comentó de forma separada el programa en lo que afecta a la mejora de accesibilidad de la atención especializada y ahí había unas ciento veinte personas de colectivos médicos y de enfermería involucradas. Y ahora se están preparando dentro del área especializada las reuniones de trabajo para los pactos de gestión y tienen prevista una primera sesión conjunta con todos los jefes de servicio para exponer el modelo y la metodología de trabajo a partir de ahora, para la definición de los pactos, en fechas próximas, no sé exactamente la fecha. Luego, desde el ámbito de la gerencia del Servicio Navarro de Salud y desde la Dirección de Recursos Humanos se han reunido con toda la parte sindical, no para negociar nada, porque todavía no estamos en fase de negociar aspectos laborales, sino para hacerles partícipes y para contrastar con ellos los avances que en las reflexiones se han ido produciendo. Se han tenido dos reuniones con el Sindicato Médico, con UGT, con SATSE, con AFAPNA, con Comisiones y con ELA y esas son las reuniones a las que LAB no acudió. Y luego yo misma y la Directora General, Cristina Ibarrola, hemos tenido tres reuniones con el Colegio de Médicos, dos con el Colegio de Enfermería, una con representantes de urgencias rurales y puntos de atención continuada, varias, no sé exactamente cuántas, con médicos y enfermeras, porque normalmente solemos mantener reuniones un día por semana, si es posible, con médicos y enfermeras de distintos ámbitos y en los últimos meses este es el tema que estuvimos contrastando con ellos, y una tercera con la Plataforma en Defensa de los SUR, que también, cuando se enteraron de que nos estábamos reuniendo con médicos del SUR, dijeron que querían venir a estar con nosotros y estuvieron con no-sotros y nos transmitieron su visión de la situación.

Eso hasta ahora. A partir de ahora, se han creado dos grupos de trabajo formados cada uno de ellos por catorce representantes de los directores de los centros rurales, de los centros urbanos de Tudela y Estella, de la Asociación de Enfermería Comunitaria, o sea, a todas esas reuniones se les invitó a todos a que se integraran en los grupos de trabajo para concretar los aspectos organizativos y el análisis a fondo del documento que se les había entregado, y de todas esas entidades que le comentaba antes quien se ha querido sumar a los grupos se ha sumado.

Me pregunta cuáles son los criterios de selección. La verdad es que los criterios de selección han sido dar participación a todo el que tiene algo que ver con la atención primaria, todas las sociedades científicas de la atención primaria, de la pediatría, colegios profesionales. El criterio ha sido dar participación realmente a todos los colectivos. Y, además, ya saben, porque también se lo he comentado, que para dar participación, para explicar y para eliminar todas las dudas que puedan surgir en el ámbito municipal, estamos realizando reuniones con grupos pequeños de doce, quince, dieciséis, dieciocho representantes municipales, en función de las zonas, para que no haya ninguna duda y para que todas las cuestiones pue-

dan ser despejadas. O sea, representantes de los SUR, de pediatría, de todas las sociedades, realmente la participación está abierta a todo el mundo y nosotros hemos llamado a todos esos colectivos para hablar con ellos.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias, señora Consejera. Interrumpimos la sesión durante diez minutos.*

(Se suspende la sesión a las 19 horas y 28 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 19 horas y 44 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre las obras a realizar en el Centro de Investigación Biomédica para la implantación de nuevos laboratorios.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Continuamos, señoras y señores Parlamentarios, con la sesión, en este caso con el punto número 1: Comparecencia de la señora Consejera para que informe sobre las obras a realizar en el Centro de Investigación Biomédica para la implantación de nuevos laboratorios. Ha sido solicitada por el grupo de Nafarroa Bai. Señora Fernández de Garaialde.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señor Presidente. Voy a ser breve. Pone ahí a realizar en el Centro de Investigación Biomédica y bien cierto es que en un primer momento leímos en los medios de comunicación que los nuevos laboratorios se iban a ubicar en lo que era el edificio de urgencias. Después nos ha llegado que va a ser en el Centro de Investigación Biomédica. Por eso, en parte sería corroborar dónde van a estar. Cuando pedimos información sobre el trabajo que han hecho para la unificación de laboratorios se nos entregó un plan funcional de laboratorios, según el cual se necesitaban dos mil trescientos treinta metros pero no se decía dónde. Después de solicitar la comparecencia, porque está hecha desde febrero, ha sido cuando hemos leído dentro de las prescripciones técnicas generales para todo el tema de los laboratorios que pone que se aportan los planos actuales del laboratorio central, así como información general sobre las instalaciones actuales que se ponen a disposición. Y después pone: adecuación de espacios. El coste de la instalación del equipamiento ofertado será por cuenta de la empresa seleccionada en cualquiera de los lotes. Y añade, dentro de las adecuaciones de espacios: trabajos necesarios para devolver los locales a su estado original una vez finalizado el acuerdo marco, incluyendo la legalización de aquellas instalaciones que hayan podido ser modificadas. Esto ha sido después de haber pedido la comparecencia, insito. Entonces, se trata de conocer qué obras se van a hacer, si va a estar en el centro médico, como pone en la petición, y también si se van a hacer unos laboratorios, unas instalaciones que no van a ser fijas y que van a tener cambiar, por lo que hemos leído aquí. Muchas gracias.*

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes de nuevo. Estoy segura de que en la última de las comparecencias que tuvimos aquí para hablar de la unificación de los laboratorios, dijimos que iban a estar ubicados en el CIB de forma provisional, lo dije. Sí que al principio creo que en algún momento barajamos la posibilidad de que fueran al edificio de urgencias, a una de las plantas de hospitalización de urgencias, pero luego cambiamos y, de hecho, como les digo, en la última comparecencia que tuvimos para hablar de la unificación de laboratorios así se lo comenté.*

Dicho esto, vamos a la comparecencia, que será mucho más breve que la anterior. Como conocen, desde el momento de la creación del Complejo Hospitalario de Navarra se planteó el objetivo de unificación de servicios y la creación de áreas de gestión clínica y unidades de gestión como vía para avanzar en un proceso de simplificación organizativa y de reestructuración de los servicios asistenciales y no asistenciales, con visión de complejo hospitalario y no de hospitales independientes, y trascendiendo de una organización basada en las estructuras físicas, edificios e instalaciones tecnológicas a una organización basada en los procesos. En ese sentido, el proceso de unificación se orienta también hacia infraestructuras asistenciales de soporte como son los laboratorios y otras infraestructuras de soporte no asistencial como los servicios de alimentación y cocina.

En el inicio de esta legislatura, el Servicio Navarro de Salud consideró la oportunidad de realizar un análisis de las necesidades y de las carteras de servicios de cada uno de sus laboratorios clínicos para valorar el mejor modelo posible de organización y unificación de los laboratorios de los centros Hospital Virgen del Camino, Hospital de Navarra, Clínica Ubarmin, centro sanitario Doctor San Martín, de Pamplona, Hospital Reina Sofía, de Tudela, y Hospital García Orcoyen, de Estella.

En consecuencia, el Servicio Navarro de Salud pretende reorganizar la prestación de la actividad analítica de sus laboratorios mediante un modelo funcional que cumpla los siguientes objetivos:

mejorar la utilización de los recursos disponibles, optimizando y estandarizando procesos; aprovechar sinergias y obtener economías de escala; potenciar el desarrollo profesional y el conocimiento científico del personal de los laboratorios; facilitar la renovación tecnológica; incrementar la seguridad y la trazabilidad; y establecer un catálogo único de prestaciones con carteras de servicios específicas para cada centro y laboratorio en base a criterios clínicos, técnicos y económicos.

La reordenación de la prestación requiere una reestructuración de los servicios de análisis asistencial, de tal forma que se constituirá un laboratorio central y robotizado como laboratorio de referencia para satisfacer la mayor parte de la demanda generada en la Comunidad Foral. Asimismo, se constituirán laboratorios de respuesta rápida y conectados al laboratorio central para las pruebas que requieran una respuesta inmediata, atendiendo al siguiente esquema: un laboratorio central, que estará ubicado en las dependencias del Complejo Hospitalario de Navarra, que asumirá la actividad de los laboratorios de Virgen de Camino, Hospital de Navarra, Doctor San Martín, Clínica Ubarmin y la actividad correspondiente a la primaria de toda la Comunidad Foral, que estará altamente automatizado y especializado y se constituirá como laboratorio de referencia para el conjunto del sistema sanitario público navarro, que, además de las pruebas básicas de rutina, se encargará de la realización de las pruebas más especializadas, que será laboratorio de referencia para la incorporación de nuevos parámetros y que actuará como coordinador del conjunto de laboratorios tanto en lo relativo a la mejora de procesos como al aseguramiento de la compatibilidad y fiabilidad de los resultados entre centros.

Luego habrá dos laboratorios de respuesta rápida que se ubicarán en el Hospital de Tudela y en el García Orcoyen, de Estella, los cuales asumirán las pruebas urgentes, las de pacientes hospitalizados, las correspondientes a la actividad de consultas de los propios hospitales y aquellas que requieran una respuesta rápida y que, por tanto, no sean susceptibles de derivación al laboratorio central.

Este nuevo modelo organizativo va a generar beneficios para el conjunto del sistema sanitario público navarro no solo en términos de mejora de la eficiencia y ahorro económico, sino también derivados de una oferta asistencial más homogénea y accesible para la población, con mayores posibilidades de ser ampliada en el tiempo con técnicas de última generación. Adicionalmente, permitirá integrar y aprovechar en mayor medida el conocimiento científico y la calidad de los resultados para dar una mejor respuesta a las necesidades clínicas de los pacientes.

En cuanto a la ubicación del laboratorio unificado hay que considerar que, conforme al plan funcional definido para el mismo, necesitará una superficie en torno a esos dos mil trescientos metros cuadrados que usted comentaba. Por otra parte, en el marco del Plan Navarra 2012 estaba prevista la reforma del área de los actuales quirófanos y UCI del antiguo Hospital Virgen del Camino para la ubicación en ese espacio de los nuevos laboratorios centrales del referido hospital. En consecuencia, los servicios técnicos del Servicio Navarro de Salud han considerado como la mejor opción destinar ese espacio, junto con el ocupado hoy por el servicio de urgencias de Virgen del Camino, para la ubicación del nuevo laboratorio unificado de Navarra ya de forma definitiva, o sea, será en ese espacio que ahora mismo está en obras en Virgen del Camino.

Sin embargo, dada la importancia de los ahorros potenciales estimados, que son entre un 20 y un 30 por ciento del coste actual, es decir, entre seis y ocho millones de euros anuales, se ha considerado la oportunidad de ubicar estos laboratorios de forma provisional en el nuevo edificio del CIB en tanto que se acaban las obras de la ubicación definitiva en el Hospital Virgen del Camino.

Quiero aclarar en este punto que el plan de investigación del Departamento de Salud va a continuar en las condiciones previstas en la medida de nuestras posibilidades. No en vano una línea prioritaria de este departamento, y lo he comentado cuando he hablado del modelo en la anterior comparecencia, es la de impulsar la investigación en el Servicio Navarro de Salud, y el Centro de Investigación Biomédica va a constituir una ayuda importante para el impulso de la investigación sanitaria en Navarra.

No obstante, también hay que tener en cuenta que la actividad investigadora gestionada por la Fundación Miguel Servet va a ir creciendo y aumentando sus necesidades de espacio de forma paulatina a la vez que finalizan las obras del Complejo Hospitalario de Navarra y el proceso de unificación hospitalaria. Así, partiendo del tamaño de la actual ubicación del CIB es previsible que en los próximos años las necesidades de espacio vayan creciendo de forma paulatina conforme vaya desarrollándose esa actividad investigadora, de forma que se tardará unos cuantos años en alcanzar la total ocupación del centro.

En consecuencia con ello, dado que el edificio está especialmente acondicionado para su uso como laboratorio y, por tanto, no requiere obras de adaptación importantes, se ha considerado la oportunidad de ubicar temporalmente el laboratorio unificado de Navarra en una parte de ese edificio en tanto en cuanto se finalizan las obras de reforma en el edificio de Virgen del Camino pre-

vistas para antes de final del año 2015, fecha límite fijada para la ocupación temporal del CIB.

En cuanto a las obras de acondicionamiento del edificio del CIB, al estar, como he dicho, el edificio acondicionado para su uso como laboratorio, es de prever que las necesidades de obras de acondicionamiento interior sean mínimas. Quiero señalar en este punto que, conforme a los pliegos del concurso convocado, el suministro de reactivos para los análisis clínicos incluye el suministro e instalación del equipamiento para la realización de los mismos, así como las obras necesarias para su instalación. Dada la diversidad de soluciones posibles, en función de las ofertas que realicen los diferentes licitadores y son los licitadores los que realizarán los proyectos de acondicionamiento interior necesario, en este momento no puedo precisar ni valorar las obras necesarias, pero, en cualquier caso, como digo, correrán a cargo del licitador.

La empresa seleccionada para el lote uno, además, deberá ejecutar a su cargo los siguientes trabajos: adecuación y equipamiento de los locales por ser aspectos necesarios para el adecuado funcionamiento de los equipos ofertados y la correcta realización de las determinaciones analíticas, tal y como se describe en el programa de necesidades del laboratorio central; también tendrá que asumir la adecuación de los espacios de la sala de crioconservación, necesaria para la conservación de las muestras sobre las que se realizarán las determinaciones analíticas y que está anexa al laboratorio de hematología; y los trabajos necesarios para devolver los locales a su estado original una vez finalizado el acuerdo marco, incluyendo la legalización de aquellas instalaciones que hayan podido ser modificadas.

La adecuación de locales será supervisada por el Servicio Navarro de Salud y contará con los permisos y licencias necesarios y el coste que pudiera derivarse de ellos será por cuenta de la empresa seleccionada. Los elementos de las instalaciones que sean susceptibles de integrarse dentro de sistemas existentes en el edificio deberán hacerlo con sus mismas marcas y modelos: transporte neumático, control de accesos, centrales de incendios, etcétera. También quiero destacar que, con el fin de minimizar el impacto del acondicionamiento de los recintos del CIB, en los pliegos se han incluido las siguientes condiciones: si durante el período de vigencia del acuerdo marco fuera necesario un traslado provisional o definitivo del laboratorio como consecuencia de obras, ampliaciones o remodelaciones, todos los gastos derivados del traslado serán por cuenta de la empresa seleccionada; el equipamiento y mobiliario tendrán una estructura metálica autoportante; el equipamiento tendrá estructuras técnicas de servicios totalmente independientes de las estructuras de las mesas, construidas en acero pintado en epoxi; y la estructura del equipamiento debe componerse de repeticiones modulares de conjuntos estructurales que permitan la modificación del diseño del laboratorio y su posible traslado.

En definitiva, creo que con las condiciones establecidas puede preverse que las obras de acondicionamiento interior serán mínimas, que, dada la obligación de reposición a su estado inicial, el impacto en el edificio será nulo y que, dada la ocupación temporal hasta el año 2015, el desarrollo paulatino de la actividad investigadora tampoco se verá afectado, dado que la misma podría desarrollarse en el resto del edificio, principalmente en la planta segunda, superficie que cuadriplica lo disponible en la ubicación actual del CIB. Nada más.

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

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias. Ahora sí que le agradezco la información que nos ha dado porque, de verdad, me ha aclarado muchas cosas. Lo único que quiero constatar es si las obras se están haciendo actualmente en lo que va a ser el laboratorio central, o sea, si todavía no están iniciadas. Es para el 2015, pero todavía no están iniciadas. ¿Sí? ¿Están iniciadas ya? Vale. Quería saber el presupuesto, pero ya preguntaré en otro momento cuánto cuesta.*

El Centro de Investigación Biomédica tiene fondos de Europa, con partidas finalistas, entonces, la duda que me genera es cómo encaja legalmente que se destinen unos fondos que tienen partida finalista a algo que no es para lo que se han requerido esos fondos. Y, por lo demás, insisto, muchas gracias. El presupuesto, es decir, cuánto cuestan los laboratorios, ya lo preguntaré. Sin más, quiero decir que sobre el plan de investigación ya hablaremos largo y tendido, porque creo que es otro tema que merece mucho para hablar cuando creo que, incluso, el propio Instituto de Investigación, aquel famoso que tanto nos dio para hablar, ya ha decaído o está, por lo menos, sin la aceptación de Madrid. De eso, hablaremos y tendremos mucho tiempo. Muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Me alegro de que esta vez, por lo menos, haya contestado a alguna de las cosas. Respecto a la obra, lo que está ahora mismo en la obra de Virgen del Camino, como le decía, al principio estaba pensado que fuera el laboratorio solo de Virgen del Camino y ahora lo que estamos pensando, además de que sirva para el laboratorio unificado, donde estaba*

previsto en el programa de la obra inicial, es utilizar la parte de urgencias de Virgen del Camino actual para conseguir todos los metros que hacen falta para el laboratorio unificado. Por lo tanto, sobre los presupuestos o sobre la obra civil que ahora mismo se está realizando probablemente habrá que hacer obras complementarias que, en estos momentos, no están ni siquiera en proyecto, se está haciendo ahora mismo la obra mayor que, de hecho, es la obra que se ve en la calle Irunlarrea, entre otras cosas, porque también hay ahí quirófanos y URPA y algunas otras cosas.

Respecto al tema de los fondos FEDER que me preguntaba, precisamente, antes de decidir si cambiábamos la ubicación, hasta que no tuvimos la seguridad de que podíamos utilizar de forma provisional parte del CIB para este uso, no fuimos adelante con la idea de hacerlo en el CIB actual. Efectivamente, ya hemos hablado con el Ministerio, el CIB, como usted dice, tiene una financiación finalista por parte de Europa, han financiado, creo, la mitad de todas las instalaciones de lo que supone el CIB en la parte que va a ser dedicada a investigación y, por lo tanto, hablamos con ellos y negociamos con ellos, firmamos nuestros compromisos de que fuera temporal y que tengamos que abandonar ese espacio antes de finales de 2015 y ya está y no hay ningún problema.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Abrimos un turno de intervención para los portavoces que quieran intervenir. No hay ninguno.*

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar acerca de la situación de los Centros de Atención a la Mujer.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Pasaríamos al siguiente punto, que es el número 2: Comparecencia para que la Consejera de Salud informe acerca de la situación de los centros de atención a la mujer. Señora Ruiz Jaso, su grupo Bildu ha solicitado esta comparecencia, tiene usted la palabra.*

SRA. RUIZ JASO (3): *Mila esker, Presidente jauna. Ea azkar egiten dugun hau ere. Hau azkeneko puntua da. Badakit nekatuta gaudela denak, berandu da jada, baina nik uste dut gai honetaz hitz egiteak merezi duela eta garrantzitsua dela.*

Emakumeak artatzeko zentroen inguruan hitz egiten dugunean ezin dugu osasungintza publikoaren egoera orokorra ahaztu, zeren egoera hori –esango nuke– kasu askotan emakumeak artatzeko zentro horietan areagotu eta larritu egiten baita. Egoera orokor bat badugu non azken urteotako populazioaren hazkundea nabaria den, murrizketak, baliabide eskasia, batetik langileen kontratazioa blokeatuta dago 2010etik, ordezkapenak ez dira egiten baja egun askotan, jubilazioak ere ez dira beti kubritzen. Langileen eskasia dago oro har, lanean dauden langileek daukaten lan-zama nabarmena da, espezialitate batzuetan bereziki. Eta egoera hau, esan dudan bezala, emakumeak artatzeko zentroetan larriki islatzen da. Profesionalek, eta ez da oraingo kontua, azken urteotatik, eta bereziki azken hilabeteotan, salatu dute plazak desagertzen direla, baliabide falta etengabeko eskakizuna da, zentroak ixtea –berriki itxi dute Laira eta Argia zentroak–.

Eta erabiltzaileentzat, emakumeontzat, garbi dago, hemen gauden emakumeok, behintzat publikoan artatuak baldin bagara, gutako edonork ikus dezake halako zentro batera joaten den bakoitzean. Arretaren kalitatea gutxitu da, itxaron zerrendak luzatu dira, errebisio arruntak egiteko gutxienez urtebeteko atzerapena dago, zentro asko, eta Andraizez eta Zabalguneko zentroez ari naiz, kolapsatuta daude, bertako langileek oso garbi esaten dute eta oso garbi ikusten dute.

Eta honek guztiak kezka sortzen du prebentzioan izan dezakeen eraginarengatik. Programa jakin batzuetan, bularreko minbiziaren kasuan, nik dakidala, oraindik ere betetzen dira protokoloak, baina adin batera iristen ez garen emakumeon kasuan prebentzioa egitea ia-ia ezinezkoa da, eta hori profesionalek beraiek esaten dute oso garbi.

Haurdun dauden emakumeen kasuan matronen falta eta taldeen kolapsoa ere oso nabarmena da, guk daukagun informazioaren arabera behintzat.

Egoera hala izanda, gustatuko litzaiguke jakitea zer datu dituen departamentuak, zer balorazio egiten duen zentro hauen egoeraz, benetako diagnosi sakon bat egina dagoen zentro hauek egoeraz, eta hori zuzentzeko planteamenduaren bat egiten den. Hemen badaude, gure ustez, arazo errealik, eta berrantolatzerik edo inbertsiorik ea aurreikusten den jakin nahiko genuke. Mila esker.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, Presidente. Buenas tardes de nuevo. Los centros de atención a la mujer son centros adscritos al Servicio Navarro de Salud que ofrecen prestaciones sanitarias en el ámbito de la obstetricia y de la ginecología, en el de la planificación familiar y en el de la educación sexual. Su funcionamiento, al margen de las normas de ámbito general, está regulado por el Decreto Foral 259/97, de 22 de septiembre, por el que se estable-*

(3) Traducción en pág. 45.

ce la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar y por el Decreto Foral 119/99, que regula la adscripción de los centros de orientación familiar y educación.

Los centros de atención a la mujer comenzaron como tales a raíz del Decreto Foral 259/97. Con anterioridad a ese momento ya estaban en funcionamiento los centros de orientación familiar y educación sexual, COFES, Andraize, de la Chantrea y de Iturrama, que siguieron como COFES hasta 2009, momento en que mediante un nuevo decreto se incorporaron a la red de centros de atención a la mujer.

El número de centros ha permanecido estable hasta la apertura de Buztintxuri, que desde el principio se concibió como un desdoblamiento de Andraize, dado que, además de ser CAM de referencia en algunas cuestiones, sobre todo del ámbito de la educación y del programa joven, había incorporado la población de esa zona y había problemas de espacio. Recientemente, al asumir la población adscrita a los centros Laira, de Berriozar, y Argia, de Orkoien, –hago un inciso, no se han cerrado o yo no los he cerrado, porque no eran míos, los que han cerrado los centros han sido los Ayuntamientos–, se ha incrementado la plantilla en un ginecólogo, una matrona, una auxiliar de clínica y dos educadoras procedentes de Argia, cuya población acude indistintamente a Iturrama y a Andraize.

En cuanto a la dotación de los centros de atención a la mujer, paso a continuación a detallar la relación de centros, así como los recursos de los que dispone cada uno de ellos. En la actualidad, en el área sanitaria de Pamplona hay siete centros de atención a la mujer, con cinco subunidades; en el área de Tudela hay un CAM, localizado en el Hospital Reina Sofía, con una subunidad; y en Estella hay un centro con dos subunidades. El detalle de los recursos de cada uno de los centros en el siguiente. El CAM Andraize, que cubre las zonas de Chantrea, parte de Rochapea y parte de San Jorge, cuenta con cuatro consultas de ginecología, cuatro consultas de matrona, dos de enfermería general, una de enfermería de programación quirúrgica, una de información, dos de educación y una de sexología. Además, realiza una actividad llamada Programa Joven, que atiende a chicas y chicos menores de veintitrés años que desean consulta de información y asesoramiento en temas como anticoncepción, sexualidad y prevención de infecciones de transmisión sexual. Un día por semana se destina una consulta médica para el programa de asistencia sociosanitaria a mujeres que ejercen la prostitución, en colaboración con Abiatze, contratado a este fin por el Servicio Navarro de Salud y que realiza la captación y el aspecto social de la atención. Este centro cuenta con la subunidad de Buztintxuri, que cubre Buztintxuri, parte de Rochapea y San Jorge y Berriozar-Berrioplano, tiene dos consultas de ginecología, una de contratación reciente, como ya he señalado, tras la desaparición de los centros Laira y Argia, dos de matrona, una de enfermería y otra de educación.

El CAM de Azpilagaña, que cubre las zonas de Milagrosa, Azpilagaña, Noáin y Beriáin, tiene tres consultas médicas, dos de matrona, una de enfermería y una de educación. Cuenta con una subunidad en Sangüesa, que cubre las localidades de Sangüesa, Lumbier, Isaba, Salazar, Sos del Rey Católico, Salvatierra, Artieda de Aragón, Yesa y otras localidades de la comarca. Tiene una consulta médica, una de matrona y una de enfermería. La matrona y la ginecóloga acuden desde el CAM de Azpilagaña dos días por semana.

El CAM de Burlada, que presta servicio a las localidades de Villava, Huarte, Aoiz, Ultzama y Burguete, dispone de tres consultas médicas, cuatro de matrona-enfermería y una de educación. Cuenta con una subunidad en la localidad de Elizondo, que presta servicio en Elizondo, Lesaka, Santesteban y Bera. Tiene una consulta médica, otra de matrona, una de enfermería y una de educación. Además, la matrona se desplaza periódicamente a Lesaka para pasar consulta de matrona y para impartir cursos de educación para la maternidad y paternidad.

El CAM del Ensanche, que cubre las zonas del segundo ensanche, casco viejo, Mendillorri y Sarriguren, tiene tres consultas médicas, cuatro de matrona-enfermería y una de educación. Además, un día por semana se realizan sesiones de educación maternal en el centro de salud de Mendillorri, para lo cual se desplaza una matrona. También cuenta con una subunidad en Etxarri, que presta servicio en Alsasua, Irurtzun y Leitza. Tiene una consulta médica y dos de matrona-enfermería. Además, una de las matronas se desplaza a Irurtzun y a Leitza para pasar consulta de matrona según el protocolo de atención al parto normal y para impartir cursos de preparación a la maternidad y paternidad. Igualmente, con periodicidad quincenal, se realiza atención a mujeres que ejercen la prostitución.

El CAM de Ermitagaña, que cubre las zonas de Ermitagaña, Cizur y Puente la Reina, dispone de tres consultas médicas, tres de matrona-enfermería y una de educación. Cuenta con una subunidad en la localidad de Barañáin, que presta servicio a Barañáin y Echavacoiz. Tiene una consulta médica, una de matrona y una de enfermería.

Estos dos CAM, el del Ensanche y el de Ermitagaña, disponen de histeroscopios para realizar histeroscopias diagnósticas, los restantes CAM tiene

asignados unos días determinados para la realización de este tipo de pruebas en estos centros.

El CAM de Iturrama, que cubre además las zonas de San Juan, Orkoien y parte de Berriozar, tiene cuatro consultas médicas, tres de matrona-enfermería, dos de educación y dos de sexología. En este centro se realiza también el programa de atención sociosanitaria a mujeres que ejercen la prostitución semanalmente.

El CAM de Tafalla, que también presta servicio a las localidades de Artajona, Carcastillo, Peralta y Olite, tiene tres consultas médicas, dos de enfermería-matrona y una de educación. Al igual que pasa en otros centros, quincenalmente se realizan sesiones de atención a mujeres que ejercen la prostitución.

El centro de atención a la mujer de Tudela, que está en el Hospital Reina Sofía, atiende la actividad de la población correspondiente a las zonas básicas del resto del área de salud, esto es Buñuel, Cascante, Cintruénigo, Corella y Valtierra. Dispone de tres consultas de ginecología, dos de enfermera-matrona y un educador sanitario. Hay que señalar que esta actividad se realiza de forma compartida con los recursos del propio servicio de obstetricia y ginecología del hospital. El apoyo administrativo se realiza desde el propio Hospital de Tudela. El centro dispone de una subunidad ubicada en el centro de salud Santa Ana y en él se atiende la actividad de Tudela capital, es decir, las zonas básicas de Tudela Este y Tudela Oeste. Este centro dispone de dos consultas de ginecología, una de enfermera-matrona y dos de educador sanitario. Adicionalmente se utilizan otras consultas compartidas y otros espacios para actividades individuales y grupales. El apoyo administrativo se realiza desde los recursos administrativos dependientes del propio centro de salud.

El centro de atención a la mujer de Estella atiende al área sanitaria de Estella, con la salvedad de las zonas básicas de San Adrián y Lodosa, que tienen una subunidad propia. Dispone de dos consultas de ginecología, una de obstetricia, una de matrona y otra de educadora sexual. La subunidad de Lodosa atiende a las localidades de Lodosa, Mendavia, Sesma y Sartaguda. Hay una consulta semanal de obstetricia, de una a tres, dependiendo de la disponibilidad de ginecólogos; de ginecología, lunes y miércoles; consulta de matrona, dedicando esta las primeras horas de ambos días a la preparación al parto; los jueves hay consulta de la educadora sexual, atendiendo en Lodosa a los CAM de Lodosa y San Adrián, ya que en San Adrián, por el momento, no hay espacio físico. En referencia a la subunidad de San Adrián, hay que destacar que la misma atiende a la población de San Adrián, Azagra, Cárcar y Andosilla. Hay una consulta semanal de obstetricia, de una a tres; de ginecología, martes y jueves; consulta de matrona, dedicando esta los viernes a la preparación al parto. Hasta aquí los centros y las distintas consultas establecidas.

Recursos humanos. En cuanto a los recursos humanos adscritos a los centros de atención a la mujer, hay que señalar que la plantilla total asciende a ciento veintinueve personas, treinta y cuatro médicos especialistas en obstetricia y ginecología, tres psicólogos, treinta matronas, veinticinco ATS, quince educadores sexuales, dos auxiliares, dieciocho administrativos y dos celadores. Esta plantilla es complementada con los servicios de obstetricia y ginecología de cada uno de los hospitales del Servicio Navarro de Salud que, como se ha dicho también, asumen algunas funciones propias de los centros de atención a la mujer, particularmente los hospitales Reina Sofía, de Tudela, y García Orcoyen, de Estella.

Tenemos el detalle de los servicios porque no sabíamos muy bien cómo iba a orientar usted la comparecencia y por eso hemos venido con todo preparado, pero yo creo que no hace falta que hablemos de eso y vamos a centrarnos en la actividad. En el área sanitaria de Pamplona, la evolución en el tiempo del número de consultas de ginecología, obstetricia, prevención, planificación y sexología se caracteriza por un ligero descenso en el tiempo, pasando de las 85.234 consultas en el año 2004 a las 79.960 consultas en el año 2011. En referencia a la consulta de matrona, enfermería y educadora, en línea con la trayectoria de los últimos años, los datos de 2011 reflejan un aumento de un 5,8 con respecto al año 2010, alcanzando 78.132 consultas en el año 2011 frente a las 73.826 del año 2010.

En el área sanitaria de Tudela, las consultas médicas primeras y sucesivas aumentaron en el año 2011 un 30 por ciento respecto a las de 2010, alcanzando la cifra de 6.087 en relación con las 4.683 del año 2010. En referencia a la consulta de matrona, enfermería y educadora, los datos de 2011 reflejan un aumento de un 2,3 por ciento con respecto al año 2010, alcanzando 1.534 consultas en el año 2011 frente a las 1.499 del año 2010.

En Estella las consultas médicas primeras y sucesivas aumentaron en el 2011 un 17,9 respecto a 2010, alcanzando la cifra de 4.046 consultas en relación con las 3.431 de 2010. En referencia a la consulta de matrona, enfermería y educadora, los datos de 2011 reflejan un aumento importante, pasando de 631 consultas en 2010 a 1.590 en el año 2011.

En 2011, siguiendo la tendencia descendente de años anteriores, se realizaron unas pocas menos intervenciones que en el año anterior, De

hecho, si vemos el cuadro de intervenciones quirúrgicas desde el año 2005 vemos que han ido por encima de las 975 y esto ha ido bajando paulatinamente hasta las 818 del año 2011. En el presente ejercicio, en el primer cuatrimestre se está observando un ligero incremento de la actividad quirúrgica, alcanzando la cifra de 323 intervenciones en los primeros cuatros meses. Hay que señalar que en Tudela y Estella esta actividad está incluida en los registros propios de los servicios de obstetricia y ginecología de los hospitales correspondientes.

A modo de conclusión, quiero señalar que la atención a la mujer en Navarra se caracteriza por un alto nivel de accesibilidad. La disposición actual de los recursos humanos puede mostrar puntos de mejora en aquellos CAM que atienden a los barrios de importante expansión poblacional, aunque el nivel de servicio está muy lejos de la saturación y creemos que es bueno. En el caso del CAM de Iturrama y la subunidad de Buztintxuri y del CAM del Ensanche, que atiende a la población de Mendillorri, Sarriguren y Ripagaina, creemos que es bueno también. En este último caso y en el escenario actual de coyuntura económica, la concentración de la atención en el CAM del Ensanche es una medida eficiente, sin que la accesibilidad se resienta. A corto plazo y coincidiendo con el incremento de población en las zonas de Ripagaina y de Lezkairu, se prevé la apertura del CAM de Sarriguren, ofertando servicios que actualmente se desarrollan en el CAM del Ensanche, que quedarían liberados para atender a la población de Lezkairu.

Quisiera concluir indicándoles que a la vista de su petición, en la que se solicita mi comparecencia para exponerles la situación de los CAM, desde el departamento la hemos enfocado al análisis de los recursos con que cuenta la red de los CAM de Navarra y los servicios que prestan. No sé, por falta de concreción en la petición, no sabíamos muy bien cómo la iban a enfocar, o sea que si hay datos que quieren conocer y que no han sido trasladados por mí, estoy a su disposición, si no es hoy por no disponer de ellos, cuando quieran. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Señora Ruiz Jaso, su turno.*

SRA. RUIZ JASO (4): *Mila esker, Presidente jauna. Datu asko eman dituzu. Eskerrak eman nahi dizkizut datu horiek guztiak emateaz. Ez dit ia denborarik eman ezer apuntatzeko. Jardueraz hitz egin duzunean, ez dakit zentro bakoitzak dituen baliabide guztiak eman ote dituzun, behintzat momentu batzuetan galdu naiz. Oker ez banago, eman dituzun lehenengo datuak Iruña eta Iruñerriko zentroenak ziren? Bale. Gero Tuterakoak eta gero Lizarrakoak.*

Nik hor faltan bota ditudan datuak itxarote-zerrendenak dira, adibidez. Baliabideak bai, kontsulta kopuruak bai, baina baliabide hauek egokitzen ari dira jarduera areagotu ahala? Guk dakigula, eta zentroetatik hala esaten dute, kontratazioak blokeatuta jarraitzen dute. Orduan, kasu askotan, Lizarrako kasuan adibidez, matronen eskaerari dagokionez, eman duzun datua nik uste dut 2010etik 2011 bitartean, 125-130eko igoera, gutxi gorabehera. Eman dituzun 600etik 1.500era. Halako zerbait ulertu dut igo dela matronen eskaera. Hainbeste ez? Igual apuntatu dut gaizki. Baina kasu gehienetan jardueran igoera antzematen da. Orduan baliabideak eskaerari egokitzen zaizkio? Hori da falta zaiguna.

Eta gero itxarote-zerrendak nolakoak diren. Hori ere datu interesgarria iruditzen zaigu. Lau ginekologo daudela esan diguzu, baina zenbait biztanleko, zenbat emakumeko? Orain dela hogei urte finkatutako ratioak zortzi mila emakumeko ginekologo bat planteatzen zuen, gutxi gorabehera. Hori zonalde batzuetan, populazioaren ezaugarriak segun eta zeintzuk diren, adinaren arabera, haurdun gelditzeko garaian dauden emakumeen arabera, toki batzuetan baliabide nahikorik izan daiteke, baina beste batzuetan ez. Orduan ez dakit zer ratio diren egun indarrean daudenak, eta zer balorazio egiten duen datu hotzez gain, eta datu hautatik zer diagnosi egiten duzuen. Hori da falta zaiguna.

Hasieran aipatu duzu zer dekretu foralean daude erregulatuta zentro hauek. Beste egun batean hitz egin dezakegu COFES ziren horietatik orain CAM diren horietara pasatzeko prozesuan horrek emakume arreta integralean, heziketan, sexu orientazioan, hau da, zentro horien konpetentzietan izan den aldaketa. Hori utziko dugu beste egun baterako.

Nik bereziki Andraize zentroaz arituko naiz. Andraize zentroa orain dela 34 urte sortu zen, eta nik uste dut momentu honetan kasurik esanguratsuenetakoa dela. Aitzindaria izan da heziketan, planifikazioan, osasun sexual eta erreproduktiboan oro har, lan itzela egin duelako. Andraizeko profesionalek 2003an jada baliabide gehiago eskatzen zuten, sinadura bilketa bat ere jarri zuten abian garai horretan, eta teorian horri erantzuteko beste zentro osagarri bat egingo zela esan zitzaien. Eta zentro osagarri hori zortzi urte beranduago, 2011n, etorri zen, teorian Buztintxuriko zentroa izan beharko luke. Zonalde hauetan, Andraizek eta Buztintxuriko zentroek artatzen dituzten emakumeak aipatu dituzu txantreakoak eta Errotxapeakoak

(4) Traducción en pág. 46.

direla, baina baita ere Antsoain, Buztintxuri, Artika, Artikaberri, Berriozar eta Orkoiengo emakumeak artatzen dituzte. Zonalde hauek zabalkunderako joera daukaten zonaldeak dira, populazio gazte asko daukatenak, eta Buztintxuriko eraikina eginda, ekipamendua eta materiala ere bai, baina profesionalek diotena da infraerabilita dagoen zentroa dela, hau da, langilerian eta giza baliabideetan ez dela nahiko inbertitu. Teorian Laira eta Argia zentroetako profesionalek edo profesional batzuek behintzat hara pasatu behar zuten, han zerbitzua emateko. Ez dakigu hori horrela den ala ez, lanean ari diren jada ala ez. Baina, edozein modutan, ekipamendu aldetik, material aldetik eta giza baliabideen aldetik ireki zenetik erabat infraerabilita egon da. Orduan, momentu honetan bertan dagoen egoera ezagutu nahiko genuke.

Laira eta Argia zentroei dagokienez, aipatzen zenuen ez dituzula zuk itxi. Zuzenean ez, baina udal horiekin indarrean zeuden hitzarmenak bertan behera utzita, udal horiek itxi behar izan dituzte, ez dutelako baliabiderik izan horretarako.

Zabalguneko zentroa ere kezkagarria da. Aipatu duzu zentro honek artatzen dituen emakumeak direla Zabalgunekoak, Alde Zaharrekoak, Mendillorrikoak eta Sarrigurengoak, baina baita ere Erripagañakoak, Mutiloakoak, Azpilagañako eremu batekoak behintzat ere bai. Horiek ere hazkunde guneak dira.

Prentsan irakurri ahal izan dugu berriki edo orain dela hilabete batzuk zentroetako koordinatzaile Valverde jaunak aipatzen zuela hainbat kontu. Zortzi mila emakumeko ginekologo bateko ratioa ezin dela irizpide gisa hartu, zonalde batzuetan hori ez delako nahikoa, emakumeen populazioa oso gaztea delako. Beraz, ea irizpide horietan zerbait kontuan hartzen den, populazioaren ezaugarriengatik. Eta irakurri genuen ere zentroetako arduradun Ezkurra jaunak elkarrizketa batean esaten zuela Andraize eta Zabalguneko zentroak zirela bereziki presio handiena jasaten zutenak, eta berrantolaketaren beharra aipatzen zuen, gutxienez hori planteatzeko zegoela, nahiz eta murrizketa garai honetan hori lehentasuna ez izan. Niri iruditzen zait lehentasunen artean eta orain berrantolaketa hauek guztiak abian jartzen dituzuenean, zentro batzuen egoera ikusita, dagoen kolapsoa ikusita, honek ere lehentasuna izan beharko lukeela.

Gero Sarrigurengo zentroarena. Hurrengo astean aztertuko dugu mozio bat Batzorde honetan. Teorian zuen departamentuak jarritako irekitzeko data urtarrilaren 2a zen. Maiatzaren 22an gaude eta ez dago zantzurik irekiko denik ere. Eguesibarrean bertan mozio bat onartu zuten zentroaren irekiera eskatuz. Sarrigurengo populazioa gehi Erripagañatik etorriko den guztia momentu honetan Zabalgunekoa kolapsatzen ari da. Badago eraikina. Noiz irekiko da? Hori ere, informaziorik baldin baduzue, beste dataren bat jarriko baldin baduzue, hori ere ezagutzea gustatuko litzaiguke.

Edozein modutan, zentroetako arduradunek diote jartzen dela errebisioa hiru urtetan behin egingo direla, baina hori ez dela errealitatea: lau urte baino beranduago, cervix-eko minbizia prebenitzeko zitologiak aintzat hartzen dituzten errebisioak ez dira inondik inora lau urte baino lehenago egiten, nahiz eta hiru urtetan ezarrita dagoen eta profesionalek ere urtero egin beharko litzatekeela planteatu.

Gure ustez, hau larria da. Baliabideak ez dira jartzen, giza baliabideen falta nabarmena dago zentro hauetan, eta iruditzen zaigu osasungintza publikoaren atal honen desegituratzean argi eta garbi pribatizaziorako joera nabarmena ikusten dela. Emakume asko daude itxarote-zerrendetan errebisio arruntak egiteko, eta ez naiz ari adin batetik aurrerako emakumeen programez. Adin horretara iristen ez garen emakumeak osasungintza publikoan arlo honetan erabat desatendituak sentitzen gara, ez dutelako deitzen. Andraizen momentu honetan hiru mila emakumetik gora daude itxarote-zerrendan, eta askok azkenean planteatzen dutena da zentro pribatuetara joatea, benetan prebentzio hori bermatze aldera.

Orduan, Arartekoak esaten duen bezala, eta horretaz hurrengo astean hitz egingo dugu, Sarrigurengo emakumeak artatzeko zentroa irekitzeko Arartekoak egindako gestioaz, baina Arartekoaren gutunean bertan agertzen da, berak hitzez hitz esaten du: "osasun artatze egokia, kalitatezkoa, hurbila eta atzerapenik gabea bermatu beharko litzaieke emakume guztiei". Eta iradokitzen du Sarrigurengo emakumeak artatzeko zentroa lehenbailehen ireki dadin.

Beraz, jakin nahiko nuke ea zer planteamendua egiten duzun, ea itxarote-zerrendei buruz egiten duzuen diagnostiko orokorraz datu gehiago baldin badaukazun eta planteatzen diren egoera horiek bideratze aldera, planteamenduaren bat, berrantolaketaren bat aurreikusten duzuen. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Gracias. Iniciamos un turno de intervención para los portavoces. Por UPN, señora Garbayo.*

SRA. GARBAYO BERDONCES: *Gracias, señor Presidente. Buenas tardes. Gracias a la Consejera y a su equipo y, simplemente, quiero decir que nos ha quedado muy claro, porque la exposición creemos que ha sido muy completa, cuáles son los servicios que ofrecen los centros de atención a la mujer y los recursos humanos con los que cuentan, incluso se ha dicho que en algunos de los centros se han incrementado. Somos conscientes de la situación actual, muy complicada, y sabemos que hay que gestionar los recursos*

de la mejor manera posible, pero no nos queda la menor duda de que siempre salvaguardan y están por encima los intereses y la asistencia y la atención a las mujeres navarras. Nos gustaría incidir un poquito en el tema de las listas de espera, si se nos puede aclarar. Nos ha quedado muy claro que la labor de los CAM es muy importante, que tanto las consultas como las intervenciones se van incrementando y no nos queda la menor duda, como he dicho, de que el departamento pondrá los medios necesarios, incluso, se ha indicado también que en aquellas zonas en las que puede que estén saturados se abrirán nuevos centros. Por nuestra parte, nada más. 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. Gracias por la información que nos ha dado. Voy a ser breve. Voy a hacer una reflexión que, además, no es de ahora ni, desde luego, tiene que ver en principio con la situación de recortes actuales, y es que no me cabe ninguna duda de que el cambio de los COFES a los centros de atención a la mujer supuso mucho más que un cambio de nombre, fue mucho más allá, insisto, supuso un cambio de las prestaciones que se realizaban. Es cierto que en los centros de atención a la mujer actualmente existe la ginecología, con la parte de prevención y tratamiento, y la obstetricia, pero esta dinámica de personal escaso lleva muchísimos años. Yo creo que es una política, insisto, que no es nueva, no tiene nada que ver con los presupuestos actuales. Sobre todo, a mí me llamaba mucho la atención ya hace muchos años, en el tema de la prevención, que las listas de espera aumentaban, y siempre he creído que eso era precisamente por lo que ha comentado la señora Ruiz, para intentar cansar a las mujeres y que utilizasen de manera voluntaria la medicina privada en el tema de la prevención ginecológica. Insisto, es una reflexión que la vengo haciendo desde hace muchísimo tiempo, pero es cierto que ese personal escaso está ahí y ha debilitado el servicio tanto en ginecología como en obstetricia, pero, sobre todo, en la prevención.*

Creo que las prestaciones de servicios no son las mismas en todos los sitios, sobre todo, en el tema de educación sexual. Existen centros como Andraize en los que probablemente la educación sexual que se da sea mayor que en otros sitios pero, desde luego, no es porque haya una estrategia por parte del departamento, sino porque depende en muchos casos de la voluntad de trabajadores y trabajadoras y desde aquí hago un llamamiento al departamento para que se involucre de verdad en esa educación sexual y reproductiva, sin ningún tipo de tabú, sin ningún tipo de cliché, para que realmente nuestros jóvenes estén bien educados y no tengamos luego que lamentar muchas actuaciones como ocurre en muchos casos.

Le voy a hacer una pregunta concreta y espero que me la responda y con esto acabo. Usted ha dicho que existen en algunos centros, que no los he apuntado, el tema de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, sobre todo en mujeres que se dedican a la prostitución, y mi pregunta concreta es: es cierto que existen muchas mujeres que no tienen papeles, que, evidentemente, pueden venir el mes que viene a ejercer la prostitución aquí, ¿se les va a seguir haciendo esa prevención de enfermedades de transmisión sexual en los centros de atención a la mujer en los que actualmente se les hace? Lo digo porque me preocupa mucho la salud de esas mujeres, me preocupa mucho la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y me preocupa también, por supuesto, la salud de aquellas personas que están con estas mujeres, incluso, con hombres que tampoco vamos a hablar solo de mujeres. Entonces, la pregunta concreta es: ¿se va a seguir tratando en los centros de atención a la mujer a estas mujeres que vengan el mes que viene, el siguiente y que no tengan papeles, que es preventivo? Muchas gracias.

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

SR. MARTÍN DE MARCOS: *Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, Consejera por las explicaciones. Voy a intentar ser muy breve. Realmente, los centros de atención a la mujer desarrollan una labor muy importante en la salud sexual de la mujer a nivel de educadores, psicólogos y sexólogos, en educación sexual, control de embarazo, educación maternal, revisiones ginecológicas, patología ginecológica, quirófano y exploraciones. También se ha comentado aquí que hay programas específicos, Programa Joven y Programa de Control de Prostitución y Sida, nosotros, realmente –cuando vienen las mujeres las traen colectivos dedicados a atender a estas mujeres–, no pedimos nunca ningún tipo de papel y sí que es difícil hacer un seguimiento por el desplazamiento continuo que tienen estas mujeres de un lugar geográfico a otro, eso sí que es realmente muy difícil.*

Yo quiero hacer dos consideraciones muy rápidas. Existen márgenes de mejora para la atención en los centros de atención a la mujer, uno de ellos es la reorganización de recursos, como ya se ha dicho aquí, incluso la creación de nuevos recursos que tiene que valorar el departamento; y otro, importante, desde mi punto de vista, que es lo que más quejas desarrolla en las mujeres, es el tema del screening *ginecológico. Yo creo que es muy importante que desde el departamento se haga una campaña informativa de qué es el* screening*, para*

qué sirve y cada cuánto tiempo hay que hacerlo. Realmente, el screening *ginecológico tiene como único objeto el diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero, y está indicado por la mayor parte de las asociaciones ginecológicas mundiales que con dos citologías negativas y sin factor de riesgo hay que hacerlo cada tres o cinco años, puesto que el cáncer de cuello es un cáncer que evoluciona muy lentamente y desde las primeras lesiones displásicas hasta que se desarrolla un cáncer in situ pueden transcurrir desde diez a catorce años. Por lo tanto, no es cierto que haya que hacer revisiones anuales sistemáticas si no hay factores de riesgo, es importante que las mujeres sepan esto, al igual que saben que el* screening *de cáncer de mama hay que hacerlo cada dos años a partir de los cuarenta y cinco, etcétera, y las mujeres están encantadísimas de que les llamen, el problema que tenemos con el* screening *ginecológico, que no se hace tan mal como aparentemente parece, porque las mujeres no están descontentas, es que se cree que la revisión ginecológica sirve para todo y no es así, por lo tanto, lo que hay que hacer es una campaña de información.*

Y yo creo que listas de espera en screening, *efectivamente, sí hay, pero muchas de las quejas son por falta de información, y no me consta, por lo menos en los centros de atención de la mujer que conozco, que haya listas de espera en primeras consultas para patología ginecológica ni para control de embarazo. Nada más y muchas gracias.*

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

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señor Presidente. Buenas tardes de nuevo. Seré breve. No voy a repetir las intervenciones de mis compañeras y compañero. No obstante, a nosotros nos preocupan muchísimo las listas de espera, sobre todo en prevención, porque parece que en lo que es la atención preferente y urgente se funciona más o menos bien y, sobre todo, en el seguimiento de embarazos, que tengo que decir desde aquí que la atención es, desde mi punto de vista, excelente en lo que me ha tocado a mí últimamente, pero no ocurre así, sin embargo, en lo que es la lista de espera de prevención, no se cumple la citología cada tres años, por ejemplo, y muchas veces la lista de espera en estas revisiones supera el año, sobre todo en los centros de Andraize y Ensanche. Y esto nos preocupa mucho porque creemos que estas listas de espera se producen por el aumento de la población joven y la falta de personal para sustituciones, quiero decir que como los embarazos son preferentes, que no digo que no tengan que serlo, frente a estas revisiones, pues se produce ahí un cuello de botella que entendemos que hay que evitar, o sea, que de alguna manera entendemos que habría que adecuar los recursos a las necesidades de la población. Esperamos que el CAM de Sarriguren se inaugure pronto. Y, desde luego, llama la atención lo de Estella, de seiscientos treinta y una a mil quinientas noventa consultas de matronas y enfermería que he creído entender, yo creo que algún reajuste del personal hará falta. Por lo tanto, concluyendo, desde nuestro punto de vista, sí que hace falta revisar las necesidades en recursos humanos en estos centros. Gracias.*

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): *Muchas gracias, señor Presidente. Respecto a lo de las revisiones y la lista de espera, no sé si voy a ser capaz de responder mejor que como lo ha hecho el doctor Martín. Le puedo decir que yo conozco que existe un documento del Instituto de Salud Pública en el que se revisó la prevención del cáncer de cérvix durante el período 2001-2007, en el que se especifica que representantes de las sociedades navarras de ginecología y obstetricia y de medicina de familia, especialistas de medicina preventiva y salud pública, el Colegio de Médicos y el Departamento de Salud consensuaron que las revisiones en mujeres sin factores de riesgo hay que realizarlas, como él decía, en ese período de entre tres y cinco años. Probablemente, sea un problema de información, que las mujeres no nos hemos enterado y esperamos que nos llamen cada año, que supongo que esto vendrá de hace mucho tiempo, que nos decían que era así y no nos hemos enterado de que estamos perfectamente seguras y podemos estar perfectamente tranquilas si no nos llaman en ese tiempo para una revisión, por lo tanto, creo que ahí nosotros tenemos algo que hacer, como comentaba el doctor Martín.*

Creo que en Navarra, en lo que a prevención tanto de cáncer de mama como de esta cuestión, somos envidiados por muchas comunidades por el grado de aceptación, el seguimiento que hay y la población que se cubre y lo tranquilas que podemos estar todas, o sea que en ese sentido eso es lo que me gustaría comentarles. De todas maneras, en cuanto a la revisión de los recursos y la lista de espera, fíjese usted que comentábamos el dato de Estella como el más alto y, sin embargo, en Estella en estos momentos hay siete mujeres en lista de espera para revisión ginecológica. Luego hay veces que una cosa y la otra pues tienen relación y otras igual no tanto.

En cuanto al CAM de Sarriguren, cuando se proyectó la apertura de un centro de salud en Sarriguren, se solicitó un espacio para instalar una subunidad del CAM del Ensanche, puesto que estaban previstos proyectos urbanísticos próximos como Ripagaina y el Soto de Lezkairu. Así, considerando el cálculo de población de estas tres zonas nuevas a repartir entre los CAM de Burlada, Azpilagaña y el

Ensanche, se consideró que se precisaba un incremento de recursos humanos para dar una correcta atención. Y, dado que los tres centros no tienen posibilidad de ampliar el espacio, se construyó el nuevo centro de Sarriguren. Sin embargo, ustedes igual que yo saben que el ritmo de los proyectos urbanísticos y de la ocupación de todas esas áreas nuevas no es el que se preveía hace unos años por motivos de la situación económica. Ripagaina está comenzando a habitarse ahora y el Soto está en construcción. La población de Sarriguren está siendo correctamente atendida en el CAM del Ensanche, que es cierto que probablemente en Pamplona o en toda Navarra sea el que pueda tener una mayor presión por parte de la demanda, por eso estaremos atentos para abrirlo en el momento en que creamos que es necesario. La mayor demanda de esta población es de obstetricia, para la cual no hay demoras en la atención, y ustedes lo decían, y en el caso de precisar atención ginecológica las esperas son iguales que para el resto de mujeres de nuestra área de influencia, no porque vivan ahí su demora es mayor, y con desplazamientos mucho menores que el de otras mujeres que viven en zonas rurales como Roncal, Salazar, que van a Sangüesa o a Pamplona, toda la zona media a Tafalla y Leitza a Etxarri o a Pamplona. Por lo tanto, creo que la situación no es tan negra como quizás la puedan pintar. Además, se organizan cursos de preparación a la maternidad y paternidad en el centro de salud de Mendillorri como alternativa a los del CAM del Ensanche y los imparten las mismas matronas que, como les he dicho antes, se desplazan al centro de Mendillorri periódicamente.

Respecto a los datos de la lista de espera, hablamos de lista de espera en general y en este apartado, como decimos muchas veces, hay que hacer ciertas matizaciones. La primera es que es diferente la lista de espera para revisiones ginecológicas que para patología. En el caso de las revisiones, las revisiones en los CAM las estamos solicitando, como decía antes, a partir de los tres años, a pesar de que las sociedades científicas recomiendan, como he comentado antes, que se lleven a cabo en un período de tiempo entre los tres y los cinco años, con lo cual asumimos que una paciente, a pesar de transcurrir cuatro años entre una revisión y otra, se encuentra dentro de los plazos recomendados por las sociedades científicas y su espera es perfectamente asumible clínicamente. La evidencia científica ha evolucionado en este aspecto y nosotros lo que estamos haciendo es ajustarnos a lo que dice la evidencia científica. Otra cosa son las revisiones que, por la razón que sea, queremos controlar nosotros. Para ello tenemos un código compartido con los administrativos según el cual cuando decimos que a una persona hay que verla en un mes determinado, se le cita para mes en el que hay que verla, si por el contrario se trata de una revisión sin mayor problema, pasaría a la cita general de revisión ginecológica que, según les he explicado, puede situarse entre los tres y los cinco años, como hemos visto. Les pediría, además, que entiendan que muchas veces la evidencia científica y las recomendaciones clínicas pueden variar y esto es lo que ha ocurrido con las revisiones ginecológicas. Hace muchos años se pensaba que debían hacerse de una manera anual y desde hace ya bastante tiempo se sabe que hacer revisiones ginecológicas entre tres y cinco años es más que suficiente, por lo menos en nuestra región que no tiene especial prevalencia del cáncer de cérvix. Incluso, ahora se está pensando que con la nueva vacuna del papiloma humano podrían retrasarse más estas revisiones o, incluso, podrían llegar a no tener sentido. En lo que sí les doy la razón es que en su día no fuimos capaces de transmitir a la población que este cambio de criterio se había producido, como decía el doctor Martín. Con respecto a la lista de espera de patologías, a 30 de abril de 2012 les diré que las primeras consultas tienen ahora una espera de veinticuatro días y la lista de espera quirúrgica está en cincuenta y ocho días en asuntos de ginecología.

Respecto a la pregunta que me hacía la señora Fernández de Garaialde sobre la atención a las mujeres que ejercen la prostitución, me remito a lo que le contesté en la pregunta del anterior Pleno: a las personas o a las mujeres que sean empadronadas en Navarra y, en estos casos, algunas ni siquiera son empadronadas, como usted sabe, porque, como dice el doctor Martín, no tienen ni siquiera domicilio para poder ser empadronadas. Para esas mujeres que no tienen empadronamiento, le dije en la anterior vez que le contesté que íbamos a tratar, dentro de lo que legalmente podamos o debamos hacer desde el Gobierno de Navarra porque tengamos la competencia para ello y no nos obligue la legislación nacional, de dar a estas mujeres, como en el resto de los casos, la mejor atención sanitaria que sea posible y si no es desde nuestro departamento, desde otros ámbitos del Gobierno de Navarra. Y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): *Muchas gracias, señora Consejera. Yo creo que también hay que agradecer el trabajo de todos los portavoces en esta tarde que ha sido larga y, como hemos agotado el orden del día, se levanta la sesión.*

(Se levanta la sesión a las 20 horas y 50 minutos.

Traducción al castellano de las intervenciones en vascuence:

(1) Viene de pág. 3.

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. Damos la bienvenida a la señora Consejera y a las personas que le acompañan.*

Desde finales de marzo estamos hablando del cambio en el modelo asistencial, a pesar de que la información la hemos obtenido con cuentagotas. En primer lugar, a mediados de enero, pedimos información al hilo de una comparecencia en torno a la reorganización de las urgencias rurales. Fue la primera vez que hablamos sobre este tema. Dicha medida aparecía en los recortes de septiembre, y por ello solicitamos información, para conocer en qué situación se encontraba el tema.

Pero cuando a finales de marzo vinieron a hablarnos sobre él, nos pudieron aclarar muy pocas cosas, porque, según dijeron ustedes, estaban inmersos en una reorganización global. Eso fue lo que nos dijeron. Sin embargo, hemos tenido noticia del asunto por la prensa, antes de conocerlo directamente aquí. Por lo tanto, en este momento, a finales de mayo, creíamos que más oportuno que informarnos por la prensa era que ustedes vinieran aquí a explicarnos algunas cosas, porque creíamos que este era el lugar para ello, para obtener información directamente, en vez de conseguirla por los medios de comunicación o por los resultados de otras reuniones. Usted también solicitó esta comparecencia, un mes y pico más tarde de que nosotros. En cualquier caso, ha llegado el momento.

Tal y como he dicho, mientras tanto, según parece, han llevado ustedes a cabo reuniones bilaterales con distintos agentes –luego nos explicarán en qué ha consistido el proceso–: directores de centros de salud –que nosotros sepamos–, algunos sindicatos, alcaldes de la zona, etc. Pero, tal y como hemos dicho, lo que hemos conocido directamente es prácticamente nada: lo sabemos lo sabemos por la prensa y por algunos informes que nos enviaron desde su departamento antes de comparecer en rueda de prensa.

Por ello, nuestra preocupación es en cuanto a la forma y en cuanto al fondo. En cuanto a la forma, como hemos dicho, porque creemos ciertamente que la información que nos han dado hasta el momento es escasa; y también por el modo de recibirla. Y no somos los únicos que decimos esto. Hace unos días, a finales de abril y durante la semana pasada de mayo, pasaron por aquí sindicatos y algunos agentes que representan a los profesionales, y al hilo de aquella visita le formularé después dos preguntas, ya que también ellos denunciaban una escasa participación.

Todo ello en cuanto a la forma. En cuanto al contenido se refiere, de momento lo que tenemos es muy poco concreto. Y lo que sabemos respecto a muchos ámbitos nos parece preocupante. El objetivo es bonito. A finales de marzo, nos dijo usted que esta reforma lo que planteaba al fin y al cabo era adaptar el sistema a las necesidades del enfermo. Muchos titulares y muchos hermosos objetivos generales, pero en la práctica lo que nos preocupa es qué influencia va a tener todo esto en la situación de los trabajadores y, especialmente en la calidad de los servicios de distintas zonas. Esa es, también, la preocupación que nos han expuesto todos los profesionales que han pasado por aquí, y de ahí provienen sus dudas. Poca concreción y, según lo que saben y lo que sabemos, dudas sobre en qué quedará la calidad del servicio, especialmente en algunas zonas, si el modelo es el que se plantea.

En nuestra opinión, una reforma de este calado necesita consenso. Y es lo que han reivindicado también los profesionales del sector. En la comparecencia anterior, nos dijo que al menos la reorganización de las urgencias se produciría hacia el verano. Ya estamos en septiembre, y tal y como están las cosas, o el tema está ya cerrado, o si no a nosotros nos parece que el proceso no ha sido ni participativo ni suficientemente transparente como para hacer la reorganización en verano.

Esperamos oír hoy más explicaciones, una explicación más completa, y que nos exponga aquí un plan estratégico de verdad. Y si se trata de un plan estratégico de verdad, solicitaremos un diagnóstico concreto sobre él, planes concretos, plazos de aplicación concretos, acciones concretas, medios personales, medios económicos y una estimación sobre todo ello. Esa es la explicación que esperamos.

En cualquier caso, nuestra duda, como en otros ámbitos, es si cuando ustedes hablan de reorganización, y anteriormente usted también nos lo dijo, se están o no refiriendo a recortes. La propia reorganización de las urgencias ya venía recogida en el informe de recortes desde septiembre. Usted nos dijo que reorganización no significa recortes, pero, en nuestra opinión, a la vista de lo que por el momento tenemos, creemos que en muchos casos en la reorganización de algunos servicios han primado los criterios económicos. En cualquier caso, estamos a la espera de sus explicaciones. Y esperamos, como he dicho, su exposición sea más completa y más concreta. Muchas gracias.

(2) Viene de pág. 15.

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señora Vera, por las explicaciones que nos ha dado.*

Comenzaré por el principio. Y comenzaré diciendo excusatio non petita, accusatio manifesta. *Antes de que nosotros dijéramos nada, ya ha empezado usted a decir con qué transparencia han llevado a cabo el proceso y con cuántos agentes y sindicatos se han reunido para llevarlo a cabo. Nos da ofrecido una larga lista, es cierto, y no tengo ninguna duda de que todas esas reuniones han sido fructíferas. Por ello, le quiero preguntar cuál ha sido la principal aportación y, en general, qué aportaciones han realizado esos agentes; qué preocupaciones le han planteado; si las han tenido ustedes en cuenta; qué procedimiento llevarán a cabo para realizar un proceso participativo, y –me imagino que ustedes concretarían para todo ello una fase de debate– si han previsto para cuándo van a recopilar todas esas aportaciones; y qué procedimiento van ustedes a utilizar para completar con todas las aportaciones los documentos estándar y este modelo en su totalidad. Aquí, recientemente nos reunimos con algunos agentes –por ejemplo, la Asociación de Medicina de Familia y Atención Primaria, con la que usted ha dicho que ha mantenido dos reuniones–, y lo que nos dijeron es que tuvieron una reunión, pero que el departamento les dio un plazo de quince días para presentar sus aportaciones, y que según su valoración, aquellos no eran ni el plazo ni la manera de plantear algo así; de facto, que los médicos de Tudela, los de Sakana y los de la zona norte se negaron a participar, porque no estaban de acuerdo con ese procedimiento, y porque les parecía una falta de respeto que se les planteara un plazo de quince días para presentar sus aportaciones.*

Por ello, le quiero preguntar cuáles fueron realmente las preocupaciones que escucharon en todas estas reuniones. Los grupos que han estado aquí con nosotros nos han expresado preocupaciones muy claras, y pienso que al departamento también se las plantearían.

Aquí, cuando le he escuchado hablar de participación, ha dicho usted que debe tratarse de un proceso participativo, que quieren tener en cuenta sus aportaciones. Sin embargo, este tema me ha traído a la memoria la ley de transparencia que el gobierno quiere poner en marcha. Al final, no sabemos en qué términos entienden ustedes la participación. Si se trata de dar información, de enviar un informe; si entregar un informe es participación... En todo caso, a eso se le llamará dar información. ¿Escasa? ¿Suficiente? Cada uno tendrá que valorarlo. Sin embargo, participación es otra cosa. Participar es dar realmente oportunidad de negociar, de hacer aportaciones. Eso es participar. Y tener oportunidad de condicionar el documento o el cambio de modelo de que se trate, después de tener oportunidad de hacer aportaciones y de debatir sobre un documento básico u original. Eso es participación y eso es extender el debate.

Entonces, usted nos ha dado noticia de todas estas reuniones, las ha citado como contestación a una pregunta que yo le realicé. Y por ello no voy a hacer la primera pregunta, porque me la ha contestado ahora, pero se la voy a reformular, y si me la contesta, no tendré ningún problema en retirarla. Por ejemplo, el sindicato LAB renunció a reunirse con ustedes. No ha explicado usted por qué. Quisiera que me contestara por qué. ¿No sabe por qué renunció? Porque los ámbitos de negociación y de intercambio de información con los trabajadores y con los sindicatos están muy claramente establecidos legalmente: la mesa sectorial y la comisión de personal. Entonces, desde algunos sectores lo que están denunciando es que estas reuniones no las están ustedes llevando a cabo de una en una, que estas reuniones las están haciendo fuera de los ámbitos establecidos para el debate y la negociación, y que con ello –y nosotros así lo creemos– están evitando el debate abierto, el debate público; están ustedes evitando cualquier postura contraria; están practicando la estrategia de "divide y vencerás"; y a eso se le llama falta de transparencia. Los trabajadores y los profesionales ya tienen sus ámbitos legales de negociación. Y eso sí es negociación y participación. Todo esto en cuanto a la forma.

En cuanto al contenido, ha hecho usted una introducción larga, y ha comenzado usted diciendo que solicita un pacto amplio a favor de la salud, que todos trabajemos de manera constructiva. Pero, ¿qué quiere decir eso? ¿Qué aceptemos sus recortes y evitemos las críticas? ¿Que, como están haciendo ustedes con los agentes, limitemos las oportunidades de debate? Si eso es lo que usted quiere, nosotros no estamos de acuerdo.

Dijo usted, y hoy ha repetido, que esta reorganización no es un recorte. Entonces, ¿por qué utiliza usted la mayoría de su introducción para hablar de la sostenibilidad del sistema? Sostenibilidad del sistema en términos económicos. Mientras tanto, todavía nos falta alrededor de un 46 por ciento para llegar a lo que se invierte en los países avanzados de Europa. Una vez más, su discurso es como el del PP. Nos da miedo hablar sin parar de la sostenibilidad del sistema. Nos da miedo volver a escuchar otra vez aquello de que hemos vivido por encima de nuestras posibilidades, como si hubiéramos invertido más de lo necesario en la sanidad pública. Es decir, la mitad de su exposición, más o menos, ha sido para justificar el cambio de modelo, y se ha tratado de una justi-

ficación de ese cambio de modelo en términos económicos, refiriéndose a la sostenibilidad. Por lo tanto, cuando se habla aquí de reorganización, ¿es que solo se plantea en esos términos? Y es que no estamos hablando solamente de reorganización, sino también de recortes.

La explicación que nos ha dado usted ha sido larga; ha sido una larga exposición, aunque no sé si más concreta, sobre los documentos que nos enviaron. Al menos nosotros esperábamos más concreción. Y está claro, hablando en general, que son necesarias algunas medidas de reorganización; que pueden resultar necesarias. Aquí se recogen muchas de las medidas: medidas que buscan la coordinación de los distintos niveles asistenciales; ampliación de los horarios de atención especializada; utilización de los quirófanos también por las tardes; impulso de la coordinación sociosanitaria en el caso de los enfermos crónicos; un plan para hacer frente a las listas de espera... Las palabras y los objetivos son bonitos, y son lícitos, y hay reorganizaciones que resultarían interesantes; sin embargo, realmente no sabemos ni cuándo ni cómo las van a poner en marcha, que forma van a tomar en la práctica. Ha hablado usted otra vez de líneas estratégicas.

Lo que nosotros conocemos más concretamente, con la información que tenemos, con la que hemos compartido con los profesionales y los sindicatos, es especialmente lo relativo a la atención primaria y al plan de urgencias. Y yo me referiré específicamente a ese ámbito.

Hemos realizado cinco sesiones de trabajo, si no me equivoco, con el sindicato médico, con SAE, con SATSE, con SEMERGEN y con la Asociación de Medicina de Familia-Atención Primaria. Están todos, si no me equivoco. Y todos ellos vertebraban sus quejas principalmente en torno a dos ejes: las ventajas o desventajas del cambio de modelo o, al menos, las dudas sobre ello; y las repercusiones sobre la asistencia, y también sobre los trabajadores y los profesionales.

La mayoría estaban de acuerdo en que la principal repercusión se iba a producir en en la reorganización del ámbito rural. Y también –y planteo las preocupaciones que expuso la mayoría–, se explicó que el mensaje que se envía a la sociedad es ambiguo; es decir, que la gente lo que percibe es que la asistencia va a ser más continua, que se va a prolongar el horario de atención primaria; sin embargo, todavía está por concretar qué es lo que va a haber detrás de todo esto, cómo se va a hacer, con qué medios se va a realizar. ¿Se va a realizar con la misma plantilla? ¿Reforzando las plantillas? ¿Moviendo a los profesionales de un lugar a otro? ¿Se garantizará la atención por parte del mismo médico o no? Y esto se producirá en algunos puntos concretos, pero para llevarlo a cabo, ¿se desatenderán los demás lugares, especialmente algunas zonas del norte? ¿En algunos lugares la atención va a ser de ocho a ocho? En otros lugares o en aquellos que existen urgencias, ¿se va a mantener la misma atención? Me estoy refiriendo especialmente a la zona del Pirineo.

También quiero citar la duda de los profesionales sobre cómo se van a conciliar la atención continua y las urgencias, en el horario de ocho a ocho. Son dos cosas diferentes, como más de uno explicaba. ¿Cómo se va a mantener la plantilla teniendo atención primaria, atención continuada y urgencias al mismo tiempo?

Y después está el asunto de las guardias localizadas. Hoy no ha salido este tema, pero todos valoraban que se trata de un paso atrás, tanto para los trabajadores, como, especialmente para los usuarios, y que influirá más en algunas zonas, y esas zonas son especialmente aquellas en las que los usuarios hacen precisamente un buen uso de las urgencias. Y esto conlleva un riesgo. Se habla de prolongar las guardias localizadas, de hacerlas más largas. Se planteaba también que las isocronas no son nada realistas. Y lo decían los profesionales que conocen bien las zonas, los que viven esto día a día.

Decían también que el nuevo mapa no va a mejorar, de ninguna manera, el servicio de urgencias. Que en algunos lugares va a empeorar, claramente. Y que también en atención continuada, muchos pacientes van a salir perdiendo, van a tener que acudir a otras localidades, porque van a tener que cambiar de médico. Y aquí hemos hablado de los enfermos crónicos, pero especialmente en algunas zonas, de población dispersa, los crónicos son los usuarios de cierta edad, y los médicos locales hablan de la fidelización del médico, de la importancia que tiene que el médico pueda estar con ellos, y dicen que esa atención personalizada e integral, en muchos casos, se va a perder.

Por lo tanto, a nosotros nos parece que van a ser los usuarios de las zonas rurales los más perjudicados, y que en el caso de los profesionales, van a empeorar sus condiciones de trabajo, puesto que estabilizar esas plantillas va a resultar mucho más difícil. Y nos hablaron también de las dificultades que pueden surgir en el día a día. Y no se limitaron a esto; también hicieron sus propuestas. Desde aquí, les dijimos que hicieran llegar sus propuestas al Departamento de Salud. Planteaban, por ejemplo, que se organizara algo como las unidades de gestión que se utilizan en otras comunidades, de cara a fomentar la colaboración entre los profesionales. En otras comunidades parece ser que han empezado a hacerlo. Se trata de algo que tampoco se plantea aquí. Se trataría de integrar a los profesionales que han tomado parte en esos equipos SUR en los equipos de atención pri-

maria en las mismas condiciones. Sin embargo, su impresión es que ustedes no saben todavía qué hacer con los trabajadores que han estado hasta ahora en los SUR. Esto es lo que nos han transmitido los profesionales. No sé qué les han transmitido a ustedes en esas reuniones, o qué aportaciones o dudas les han presentado. Como trabajadores, veían algunos fallos, decían que no sabían nada sobre el número de trabajadores que iba a haber en cada centro. Ni cómo van a ser las jornadas, ni si habrá traslados, ni con qué criterios se producirán dichos traslados, ni si empeorarán las condiciones laborales de muchos trabajadores, etcétera.

Por lo tanto, nosotros también teníamos dudas, y a día de hoy continuamos casi con las mismas dudas. Nos parece que ha venido usted otra vez a exponer unas líneas estratégicas. No sé si puede ser un poco más concreta. Yo me quedo con esto. Después de todas las reuniones que han realizado ustedes, nos quedamos sin saber qué aportaciones han recibido, qué preocupaciones han percibido o cómo van a encaminar ustedes todas esas aportaciones en un proceso verdaderamente participativo. En ese sentido, los criterios son los que hemos comentado antes. Le he realizado algunas preguntas, para formarme una opinión sobre cómo han sido las reuniones; sin embargo, esta es la que tendré que tomar por respuesta. Espero que ahora profundice más en su intervención final. Muchas gracias.

---

(3) Viene de pág. 34.

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. Veamos si este punto también lo hacemos rápido. Es el último punto. Sé que todos estamos cansados, que ya es tarde. Sin embargo, creo que merece la pena hablar sobre este tema, que es importante.*

Cuando hablamos sobre los centros de atención a la mujer, no podemos olvidar la situación general en la que se encuentra la sanidad pública, porque dicha situación –diría yo– en muchos casos se hace más grave en los centros de atención a la mujer. Tenemos una situación general en la que durante los últimos años se ha producido un aumento importante de la población, mientras se han hecho recortes y ha habido escasez de medios: la contratación está bloqueada desde 2010, durante muchos días de baja no hay sustituciones y las jubilaciones prácticamente no se cubren. Existe una escasez general de trabajadores, y la carga de trabajo es muy grande, sobre todo en algunas especialidades. Esta situación, tal y como he dicho se refleja con gravedad en los centros de atención a la mujer. Los profesionales –y no es un asunto nuevo– durante los últimos años y especialmente en los últimos meses, han denunciado que las plazas están desapareciendo, que existe falta de medios, que algunos centros se cierran –recientemente, los centros Laira y Argia–.

Y cualquier usuaria, las mujeres –también para las que estamos aquí, al menos si somos atendidas en lo público–, cualquiera de nosotras, puede comprobarlo cuando acude a un centro. La calidad de la atención ha disminuido; las listas de espera han aumentado; para las revisiones ordinarias existe al menos un año de retraso; muchos centros, y me refiero a Andraize y al centro del Ensanche, están colapsados, y sus trabajadores lo dicen y lo ven con claridad.

Y todo esto crea preocupación por la influencia que puede tener en la prevención. En algunos programas, por ejemplo en el caso del cáncer de mama, que yo sepa todavía se cumplen los protocolos, pero en el caso de las mujeres que no llegamos a cierta edad, la prevención es prácticamente imposible, y esto lo están diciendo los profesionales con rotundidad.

En el caso de las embarazadas, la falta de matronas y el colapso en los equipos son evidentes, al menos según las informaciones que tenemos.

Ante esta situación, nos gustaría saber qué datos tiene el Departamento, qué valoración hace sobre la situación de estos centros, si existe un diagnóstico profundo sobre la situación de los mismos, y si existe algún planteamiento para corregir todo esto. Aquí están, en nuestra opinión, los problemas reales, y quisiéramos saber si se prevé una reorganización o alguna inversión. Muchas gracias.

---

(4) Viene de pág. 37.

SRA. RUIZ JASO: *Muchas gracias, señor Presidente. Nos ha proporcionado muchos datos. Le quisiera dar las gracias por ello. Casi no me ha dado tiempo para apuntar nada. Cuando ha hablado de la actividad, no sé si ha citado usted todos los medios con los que cuenta cada centro; en algún momento, incluso, me he perdido. Si no me equivoco, ¿los primeros datos que ha dado se referían a los centros de Pamplona y de la Cuenca de Pamplona? De acuerdo. Luego ha dado los datos de Tudela y después los de Estella.*

Yo ahí lo que he echado en falta son datos sobre las listas de espera, por ejemplo. Ha citado los medios, el número de consultas, pero ¿se van adaptando los medios según aumenta la actividad? Que nosotros sepamos, y así nos lo dicen desde los centros, las contrataciones siguen bloqueadas. Entonces, en muchos casos –en el caso de Estella, por ejemplo–, con respecto a la demanda de matronas, el dato que usted ha dado ha sido que entre 2010 y 2011 ha aumentado un 125-130 por ciento. De 600 a 1.500. Algo así he entendido sobre el aumento de la demanda de matronas. ¿Tanto no? Quizás he apuntado mal. De cualquier modo, en la mayoría de los casos se advierte un aumento de la demanda. Entonces, ¿se adecuan los medios a la demanda? Eso es lo que nos falta saber.

Y también en qué situación están las listas de espera. Ese dato también nos parece interesante. Ha dicho usted que están cuatro ginecólogos, pero ¿para cuántos habitantes? ¿Para cuántas mujeres? Las ratios establecidas hace veinte años hablaban de un ginecólogo por cada ocho mil mujeres, más o menos. Eso en algunas zonas, según las características de la población, según las edades, según el número de mujeres que están en edad de gestación, en algunos lugares, como digo, puede haber medios suficientes, pero en otros no. Entonces, no sé cuáles son las ratios que están en vigor, ni qué valoración hace usted sobre los fríos datos, ni que diagnóstico hace sobre todos ellos. Eso es lo que nos falta saber.

Al principio, ha dicho usted en qué decreto foral están regulados estos centros. Otro día hablaremos del proceso de paso de los que eran los COFES a lo que hoy son los CAM, del cambio de competencias que se ha producido en estos centros como consecuencia de dicho proceso en cuanto a la atención integral a la mujer, a la educación, a la orientación sexual. Lo dejaremos ahí, para otro día.

Me referiré especialmente al centro Andraize. Andraize se creó hace 34 años, y yo creo que en este momento es el caso más significativo. Fue pionero en educación, planificación y salud sexual y reproductiva, y, en general, realizó un gran trabajo. Los profesionales de Andraize ya en 2003 pedían más medios. Incluso pusieron en marcha una recogida de firmas, y se les contestó que se crearía otro centro complementario. Y dicho centro complementario llegó ocho años más tarde, en 2011; teóricamente sería el centro de Buztintxuri. Ha dicho usted que las personas que atienden los centros Andraize y Buztintxuri provienen de la Chantrea y la Rochapea, pero también de Ansoain, Buztintxuri, Artika, Artikaberri, Berriozar y Orkoien. Todas ellas son zonas con tendencia a la expansión, con mucha población joven. Y una vez construido el edificio de Buztintxuri, y una vez que cuenta con equipamiento y material, lo que dicen los profesionales es que está infrautilizado; es decir, que la inversión en trabajadores y medios humanos no es suficiente. Teóricamente los profesionales de Laira y Argia, al menos algunos de ellos, debían haber pasado a este centro, para prestar servicio en él. No sabemos si ha sido así o no; si están o no trabajando ya en él. Pero, en cualquier caso, en cuanto al equipamiento, los materiales y los medios humanos, desde que fue abierto ha sido infrautilizado. Entonces, quisiéramos saber cuál es la situación en este momento.

En cuanto a los centros Laira y Argia, decía que no ha sido usted quien los ha cerrado. Directamente no, pero tras suspender el convenio que tenía en vigor con esos ayuntamientos, estos centros han tenido que ser cerrados, porque los ayuntamientos no contaban con medios para mantenerlos.

La situación del centro del Ensanche también es preocupante. Ha dicho usted que las mujeres que son atendidas en este centro provienen del Ensanche, del Casco viejo, de Mendillorri y de Sarriguren, aunque también, en cierta medida, de Erripagaña, Mutilva y Azpilagaña. Todas ellas son zonas en expansión.

Recientemente hemos podido leer en la prensa que recientemente, hace algunos meses, el coordinador de centros, el señor Valverde, hablaba sobre algunos aspectos. Decía que la ratio de un ginecólogo por cada ocho mil mujeres no puede tomarse como criterio, porque en algunas zonas eso no es suficiente, dada la juventud de la población. Por lo tanto, quisiéramos saber si en estos criterios se tienen también en cuenta las características de la población. Y leímos también que el responsable de centros, el señor Ezkurra, en una entrevista decía que los centros de Andraize y el Ensanche eran los que estaban sufriendo más presión, y hablaba de la necesidad de una reorganización, o de que, al menos, debía plantearse, aunque este tema no fuera una prioridad en época de crisis. A mí me parece que cuando pongan ustedes en marcha toda esta reorganización, a la vista de la situación de algunos centros, del colapso existente, esta sí debería ser una prioridad.

Luego está el centro de Sarriguren. La semana que viene analizaremos una moción en esta Comisión. En teoría, la fecha anunciada por su departamento para la apertura era el 2 de enero. Estamos a 22 de mayo, y no hay ningún sígno de que se vaya a abrir. En el propio Valle de Egüés aprobaron una moción solicitando la apertura del centro. Toda la población que proviene de Sarriguren y de Erripagaña en este momento está colapsando el centro del Ensanche. Existiendo como existe el centro de Sarriguren, ¿Cuándo se va a abrir? Si tiene información sobre eso, si tienen otra fecha prevista, nos gustaría conocerla.

En cualquier caso, los responsables de los centros dicen que está establecido que las revisiones serán cada tres años, pero que esa no es la realidad: se tarda más de cuatro años. Las revisiones que contienen citologías de prevención del cáncer de cervix no se hacen de ninguna manera antes de cuatro años, aunque estén establecidas cada tres años y aunque los profesionales digan que deben hacerse cada año.

En nuestra opinión, esto es grave. No se ponen los medios, existe una clara falta de medios humanos en estos centros, y pensamos que esta parte de la sanidad pública se está desestructurando, y que se puede apreciar una clara tendencia hacia la privatización. Hay muchas mujeres en las listas de espera para revisiones ordinarias, y no me estoy refiriendo a los programas para mujeres mayores de cierta edad. Las mujeres que no llegamos a esa edad nos sentimos totalmente desatendidas por la sanidad pública en este aspecto; nunca recibimos una llamada para citarnos. En Andraize, en este momento, hay más de tres mil mujeres en lista de espera, y muchas lo que finalmente se plantean es acudir a un centro privado, para garantizarse realmente la prevención.

Entonces, –y de esto hablaremos la próxima semana, de la gestión realizada por el Defensor para que se abra el centro de Sarriguren–, el Defensor ha manifestado lo siguiente, textualmente: "debería garantizarse una atención adecuada, de calidad, cercana y sin retrasos para todas las mujeres". Y sugiere que se abra cuanto antes el centro de atención a la mujer de Sarriguren.

Por lo tanto, quisiera conocer qué planteamiento hace, si tiene más datos sobre el diagnóstico general sobre las listas de espera, y si se prevé algún planteamiento, alguna reorganización para reconducir estas situaciones. Muchas gracias.