



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 8 de octubre de 2019

NÚM. 2

---

**TRANSCRIPCIÓN LITERAL**

**COMISIÓN DE SALUD**

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.<sup>ª</sup> NURIA MEDINA SANTOS

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 8 DE OCTUBRE DE 2019**

**ORDEN DEL DÍA**

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para exponer las medidas a implantar con carácter urgente en relación con la mejora en la situación de listas de espera.

(Comienza la sesión a las 12 horas y 3 minutos).

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para exponer las medidas a implantar con carácter urgente en relación con la mejora en la situación de listas de espera.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Buenos días a todos y a todas. Damos comienzo a la Comisión de Salud, con un único punto en el orden del día, que es la comparecencia, con carácter urgente, para que la Consejera de Salud del Gobierno de Navarra informe públicamente sobre las medidas a implantar con carácter urgente y a lo largo de la legislatura que acaba de empezar, en relación con la mejora en la situación de las listas de espera ante el empeoramiento progresivo de los datos de la lista de espera en la primera consulta en los últimos quince meses.

Antes de darle la palabra a la portavoz que ha solicitado la comparecencia, quisiera saludar a la señora Consejera, la señora Santos Induráin; al señor Mora, el Director Gerente; señor Artundo, Director General; señor Iribarren, Jefe de Gabinete de la señora Consejera, que está ahí; y el señor Apezteguía, Subdirector de Asistencia Integrada. Bienvenidos, bienvenida, señora Consejera, y muchísimas gracias por acudir a esta convocatoria.

Ahora sí, le damos la palabra al grupo proponente de la Comisión, a Navarra Suma. Tiene la palabra para explicar brevemente los motivos de la solicitud la señora Ibarrola.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. Buenos días, Consejera, a su equipo, señorías. El Departamento de Salud, en el contexto de un ciclo económico muy favorable, más de las últimas décadas, ha podido disponer del mayor presupuesto histórico: 231 millones más en el presupuesto inicial de 2019 que en 2013, en el peor momento de la crisis. 585 más en los cuatro últimos años. En este contexto, desde hace quince meses, asistimos con preocupación a un empeoramiento progresivo de la lista de espera de consultas, tanto en número de pacientes como en la espera media.

El anterior Gobierno no fue capaz de reconocer, en ningún momento, esta mala evolución, continuando con mensajes de autobombo y autocomplacencia a los que nos tuvieron muy acostumbrados en toda la legislatura. Es evidente que no es un problema fácil de resolver, pero la falta de evaluación de medidas implantadas y la falta de una mínima capacidad de autocrítica hacen difícil detectar áreas de mejora e implementar medidas correctoras.

Le felicitamos, Consejera. Tras quince meses, usted, por fin, reconoce la mala evolución de los datos y la necesidad de un plan específico. Sin duda, un cambio de actitud que agradecemos, a pesar de que elude medirse con momentos económicos que sean comparables, como en el año 2009 o 2010, donde la lista de espera media en consultas estaba en 20.500 personas y 24 días. Prefieren compararse con el peor momento de la crisis, y parece dejarles satisfechos, y esa parece ser la foto en la que se sienten cómodos.

Esperábamos, sinceramente, que nos hubiera avanzado las medidas que piensan implantar en la respuesta a la pregunta escrita que hicimos al respecto, y que no sabemos muy bien por qué usted decidió no contestar. Hubiera sido más fructífero poder debatirlas hoy con un conocimiento previo.

Termino ya. María Chivite fue muy crítica con el anterior Gobierno en la gestión de las listas de espera. Habló de falsedad de los datos, de autobombo, de resultados que no habían sido los esperados de acuerdo al presupuesto, de que no se había reducido presupuesto en ciertos, de que no compartía las peonadas que se estaban haciendo. La pregunta es sencilla: ¿qué van a hacer, diferente, para solucionar el problema de las listas de espera en consultas, y qué políticas van a seguir en cuanto a peonadas y derivaciones, ciertos, que tanto han criticado siendo oposición? Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señora Ibarrola. Tiene la palabra la señora Consejera para exponer la comparecencia por un espacio máximo de treinta minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Muchas gracias. Mila esker, señora Presidenta. Buenos días a todos y a todas. Egun on guztioi. En primer lugar, quiero mostrar mi satisfacción por encontrarme de nuevo entre ustedes. Hace apenas dos semanas que estuve aquí con mi equipo para presentarles nuestras líneas estratégicas de legislatura, y ahora vuelvo a estar de nuevo para detallar un asunto concreto y sensible, como es, efectivamente, el de las listas de espera. Es un tema recurrente, pero es un tema importante, en la medida en que afecta y que importa a los ciudadanos. Realmente agradezco que nos hayan pedido comparecer, porque creo que la sesión de hoy es una continuación de la que fue mi primera intervención ante esta Comisión el pasado 24 de septiembre.

Lo entiendo así por dos motivos. Por un lado, ya les adelanté que hablaríamos monográficamente sobre este asunto, y por otro, como sucede en otras cuestiones, es un tema que hay que analizarlo en un contexto más amplio, que ya empezamos a esbozar ese día. De hecho, encaja perfectamente en nuestra apuesta estratégica de hoja de ruta para esta legislatura. En primer lugar, porque, como ya dijimos, los principales temas que afectan al sistema sanitario queremos tratarlos con un planteamiento riguroso, de fondo y estructural, y también innovador. También queremos hacerlo con una visión global e integral, ya que todos los grandes temas sanitarios, como verán, están interrelacionados.

En segundo lugar, porque, como comentamos en su día, queremos que el diálogo y el debate constructivo y creativo sean una de nuestras señas de identidad, y la primera condición de dialogar es saber escuchar. De ahí que nos interesa mucho contrastar nuestros planes con sus opiniones, empezando por la de la propia peticionaria de la comparecencia. En eso estamos.

Como quiera que soy médica de familia, permítanme que utilice una metáfora. Cuando un profesional sanitario se enfrenta a algo que no funciona bien, y en este caso es evidente que, con los números que manejamos, estamos ante un problema, hay que combinar el tratamiento de los síntomas que alivien al paciente con la voluntad de llegar a las causas del fondo del problema. Más aun, prevenir siempre es mejor que curar, aunque, evidentemente, todo facultativo tiene la primera obligación de atender la enfermedad y de cuidar. Pero ahora, aparte de médicas y de médicos, qué duda cabe que tenemos la responsabilidad de gestionar un sistema de salud en el que, a día de hoy, se ha detectado un serio problema de accesibilidad, de tiempos de espera de las personas, y aquí los síntomas son claros: hay una notable inflamación en las listas de espera.

La estadística de este verano confirma un panorama no deseado y no achacable solo a razones estacionales que influyen en la bajada de la actividad ordinaria de los centros hospitalarios. Hay otras razones estructurales que complican el panorama. Lo primero es realizar un diagnóstico realista, y, en este sentido, no podemos obviar una evolución negativa de los grandes datos, pero también pensamos que hay que ir más allá, hay que analizarlos, desmenuzarlos, cribarlos si queremos realmente determinar las causas y proponer medidas eficaces a corto, medio y largo plazo.

Necesitamos una respuesta rápida de contingencia, porque la situación es verdad que lo requiere, pero necesitamos, sobre todo, un abordaje estructural. De eso, creo que se nos ha pedido hablar en esta comparecencia, en la que intentaremos ser precisos y, si podemos, también cultivando un poco de pedagogía, alejarnos del riesgo, demasiado habitual a nuestro entender, de utilizar la salud en general, y este tema en particular, como arma arrojadiza en el debate político. Esto también lo dijimos en nuestro debut parlamentario en la comparecencia, y es que lo pensamos honestamente.

Los tiempos de espera son algo suficientemente importante para los ciudadanos como para instalarnos en la demagogia que hace ruido, pero no resuelve. En esta línea, y por utilizar una metodología expositiva para que se pueda seguir, también, con diapositivas, y creo que, partiendo de una primera foto panorámica de la situación actual, en este tema se cruzan cuatro ejes: un eje temporal, otro eje geográfico, un eje horizontal y otro eje vertical, que voy a intentar tratar de explicarlos y tratar de explicarme.

Eje temporal. El punto de partida: de dónde venimos. Es una obviedad que los grandes números de las listas de espera han estado peor y han estado mejor que ahora. Cada Gobierno podrá explicar sus logros y gestiones en una línea temporal. En la pasada legislatura, sin ir más lejos, se logró rebajar el total de personas en lista de espera de primera consulta y los tiempos de espera, que es un dato más relevante, hasta los 27.862 pacientes en junio de 2018, cuando se partía de más de 45.000, y meses atrás se había llegado incluso a superar los 55.000.

Pero a partir de septiembre de 2018, esta tendencia positiva se truncó, y los tiempos de espera se han ido incrementando a lo largo de este último año. El mes de agosto, como ustedes ven en la tabla, ha acabado con 40.402 pacientes esperando una primera consulta, y con una demora prospectiva media de 49 días. Nos centramos, de salida, en lo que son las primeras consultas y el mes de agosto como referencia, porque es lo que tenemos más trabajado, y es lo que, probablemente, han podido manejar sus señorías.

Pero tampoco tenemos problema en adelantarles que nos acaba de llegar el dato global del mes de septiembre, mes, a efectos prácticos, vacacional, que ha confirmado esta evolución negativa en 42.087 pacientes en espera, y que supone un acicate más para trabajar en la reversión de esta tendencia.

En legislaturas previas a la de 2015-2019, también ha habido grandes oscilaciones, con picos positivos y negativos. Todo depende del periodo de tiempo que se escoja, y tampoco se pueden obviar coyunturas presupuestarias de cada momento para establecer comparativas. Pero, insisto, este no es el leitmotiv que nos ha traído aquí. No es el guion de nuestra comparecencia. Nosotros tenemos que hablar de presente, pero, sobre todo, tenemos que

hablar de futuro, de lo que nos ha tocado gestionar y de lo que vamos a hacer y queremos hacer, porque no cabe duda de que es una prioridad atender las necesidades de salud de la ciudadanía en el nivel necesario y en el tiempo adecuado.

La resolución de los problemas de salud de la población no depende exclusivamente del abordaje de las listas de espera de primeras consultas. Debemos abordar, de forma integrada, la atención a los procesos que afectan a la salud de las personas desde su detección, que mayoritariamente se realiza en el ámbito de la atención primaria, hasta su resolución, y para ello hemos de integrar todas las acciones necesarias que incluyan la mejora de la accesibilidad y la resolución en atención primaria, hasta las consultas de especialistas hospitalarios, la realización de pruebas complementarias pertinentes, las consultas sucesivas requeridas, los procedimientos quirúrgicos, así como los procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales que se requieran. Pero de esto, permítanme, que ya hablaremos más adelante.

Situando el segundo eje, eje geográfico. ¿Qué pasa en otros sitios con este tema? Si adoptamos este eje geográfico, podríamos abrir otro plano de debate y de reflexión. Según el último informe de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas que realizó la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, Navarra encabeza el *ranking* general de servicios sanitarios, pero se encuentra en una zona intermedia a nivel autonómico, en cuanto a tiempos de espera.

El Ministerio de Sanidad, en su sistema de información, SISLE, elabora un listado con referencias, como la tasa de pacientes en lista de espera por cada mil habitantes, y esto permite realizar comparaciones, pero también con todas las precauciones, porque los contextos son diferentes. Son datos, por otro lado, los del ministerio, que se recogen en junio y en diciembre, y los datos de que disponemos en este momento son de junio de 2018.

En este informe, en el caso de las primeras consultas en la tasa por mil habitantes, en Navarra se situaba la décima, de un total de diecinueve, pero subía del décimo al séptimo puesto, si se contaba el porcentaje de personas que tenían que esperar más de sesenta días. Lo mismo, también, que cuando se analizaban las tasas de intervenciones quirúrgicas por mil habitantes, que, si se contaba el criterio de días en espera, Navarra subía a un quinto puesto de diecinueve.

También aquí es verdad que el zoom comparativo no tiene fin, porque podemos mirar qué hacen otras autonomías, qué hacen otros países, podemos cruzarlo con color de los Gobiernos de cada autonomía. Pero nosotros pensamos que esto, y entrar en estas comparaciones y en esta guerra de cifras, el equipo del departamento tiene muy claro que no es nuestro enfoque. Nuestro enfoque es el aquí y el ahora, y este es nuestro terreno de juego.

Por eso me parece más interesante pasar de estos dos últimos ejes a otras perspectivas, antes de pasar a hablar de medidas concretas. Creo sinceramente que ha llegado el momento de abrir el foco y adoptar una visión más amplia en el eje horizontal. Es decir, no hay que quedarse en el monotema reduccionista de las listas de espera hospitalarias de primeras consultas, sino que entendemos que tenemos que hablar de accesibilidad en general, es decir, analizar cómo y cuándo el ciudadano o ciudadana es atendido por nuestro sistema sanitario en su conjunto, con una visión más amplia.

Normalmente, lo que ocurre es que nos quedamos en una cifra total y en un nivel, que es las listas de primeras consultas y en especialidades hospitalarias. Pero si hablamos de accesibilidad, también habrá que poner encima de la mesa, y, por qué no, poner en valor el acceso y los tiempos de cita en atención primaria, que es algo que habitualmente no se suele hacer, cuando es claro que es el primer contacto de la población con el servicio público de salud, y, además, una pieza clave en el conjunto del sistema, con una influencia, también, determinante en un sentido o en otro, con el tema de las listas de espera de primera consulta.

En este tema, y aunque qué duda cabe que caben, también, mejoras, lo cierto es que Navarra puede sentirse orgullosa de unos centros de salud que dan cita, en menos de veinticuatro horas, a las tres cuartas partes de las peticiones, además de tener unos tiempos de consulta por paciente que, en ocasiones, doblan los que tienen otras comunidades. Aunque, obviamente, hay variabilidad y hay diferencia, y hay variaciones de unas zonas a otras.

En primaria, claro que hay facetas, también, de mejorar sobre priorización de consultas y clasificación en admisión, pero realmente tenemos unos buenos indicadores de atención, gracias, sobre todo, al esfuerzo de los profesionales. También, aparte de las listas de espera de primera consulta, tenemos que tocar el tema de la lista de espera quirúrgica. En los últimos datos de agosto había, en lista de espera quirúrgica, 252 personas menos que en agosto de 2018, y al contrario de lo que hemos reconocido que sucede en septiembre en las listas de primera consulta, la tendencia interanual de mejora en la lista de espera quirúrgica se consolida, ya que, según hemos acabado de tener conocimiento, en este mes de septiembre hay 312 menos pacientes que en septiembre del año pasado, de 2018, con siete días menos de demora media prospectiva.

Además, también, para completar esta foto con un enfoque más amplio, cabría resaltar la evolución razonablemente positiva de las listas de espera en pruebas complementarias, con un notable incremento de actividad. También, por comentar, además, todas las partes del sistema, en salud mental reconocemos que ha habido un aumento de 814 personas en lista de espera.

Pero, como ven, nuestro foco no está solo en las primeras consultas, donde es evidente que tenemos un serio problema, sino en hablar y trabajar en la accesibilidad al sistema sanitario en todos sus niveles y facetas.

El último eje que querría remarcar es un eje vertical, entendiéndolo como una mirada más profunda y matizada, acercándonos a analizar el tema en su profundidad y en su multidimensión. Discúlpeme si, quizás, me estoy alargando en esta introducción, pero creo que es necesario, no solo desde un punto de vista técnico, sino también a la hora de transmitirlo a la población en general, y ustedes son los legítimos representantes de la ciudadanía.

Por otra parte, la realidad es que afrontamos, cada vez, una mayor demanda de recursos de actividad para hacer frente a la creciente especialización generada por el rápido desarrollo tecnológico en el campo sanitario, que contribuye a que incrementemos nuestra cartera de servicios y a la población a la que va dirigida, con factores como mayor supervivencia de esta población.

Pero más que profundizar en grandes reflexiones, es importante dejar aquí la brocha gorda del análisis, y quizá, si me permiten seguir con la metáfora, entrar a este tema con una hoja de bisturí un poco más fina. Hablar de más de 40.000 personas en lista de primeras consultas, soy consciente de que puede dar para titulares o para varias intervenciones parlamentarias. De hecho, el tema de la lista de espera en este primer nivel de lo grueso, es un campo, como he comentado, abonado para la demagogia, y más que el total de pacientes en lista de espera, donde tendríamos que poner el foco es en cuánto se espera y para qué se espera. Es decir, analizar los tiempos de espera y las prioridades clínicas.

Tenemos que reconocer, y todos lo sabemos, que no es lo mismo esperar por un hombro doloroso que esperar por una rotura de ligamentos. Los sistemas de análisis hablan, en estos casos, del concepto de demora media prospectiva, que verán que es un término que hemos utilizado, y que es la media de los días naturales que tardaría en absorberse el total de los pacientes que están pendientes de una primera consulta o de una intervención, al ritmo de trabajo de los doce meses anteriores. Ese es el dato clave.

Para saber dónde nos movemos, diré que, en el caso de la demora media prospectiva, en agosto de este año era de 49 días, con un empeoramiento respecto al año pasado, que era de 36, y en quirúrgicas de 110 días, 4 días menos que el mismo mes de 2018, y como he comentado, en septiembre, 7 días menos que el del año pasado.

Evidentemente, la ley marca unos plazos de garantías que, desgraciadamente, no se están cumpliendo como quisiéramos. Pero a la hora de abordar eficazmente el problema, quizá lo conveniente es poner el acento en la priorización clínica, e incluso, si hace falta cambiar las clasificaciones, plantear cómo hacerlo. Ahí está uno de los retos de innovación que tenemos en este asunto.

Una nueva manera de mirar para cambiar nuestra forma de gestionar. En este sentido, vamos pensando en actualizar los propios sistemas de monitorización e información, y de la propia implementación y evaluación. Empezar a valorar los procesos y abrir el abanico de las categorizaciones en función de la prioridad clínica, pero desde una visión de sistema. A lo mejor solo cambiando la forma de mirar el fenómeno de las listas de espera, podemos ir modificando su gestión.

Esto, por ejemplo, en el capítulo de las intervenciones quirúrgicas, está más evolucionado. Está en cuatro categorías diferentes. También quiero reseñar, reconociendo y partiendo, que es totalmente comprensible, que cada paciente vive su propia lista de espera con incertidumbre, con ansiedad, y en muchas ocasiones con malestar. Pero también hay que subrayar, como no puede ser de otra manera, que los casos catalogados como urgente clínicamente, llevan su propio recorrido y son atendidos con la máxima inmediatez.

También están funcionando los llamados circuitos de sospecha fundada de cáncer, en los que la conexión entre los especialistas de atención primaria y los especialistas del nivel hospitalario es muy rápida, con el objetivo prioritario de poder diagnosticar y tratar de la manera más rápida.

Dejando todo esto claro, en lo que son los pacientes que están en lista de espera, también hay otras diferenciaciones, porque un 16,5 por ciento de las personas que estaban en lista de espera en el mes de agosto tenían la catalogación de preferentes, con prioridad clínica, que no es urgente, y el resto son lo que se llaman citas ordinarias. Quizás tenemos que hilar más fino y no solo profundizar en los criterios de priorización clínica, que, como he comentado, en las listas quirúrgicas están más desarrollados y más detallados, sino hablar también de nuevas categorías. Todo se andará. Es un asunto ya técnico y organizativo. Pero lo que me interesaba aquí era dejar claros algunos conceptos generales, que me parece que interesa conocer y difundir.

Por otra parte, tampoco es lógico hablar de listas de espera en general. Hay listas y listas, y hay que realizar, muchas veces, análisis centro a centro. Es necesario un análisis más pormenorizado de las necesidades y disfunciones de los tiempos de espera. Hay una doble perspectiva para valorar esta realidad: tomar como referencia los centros hospitalarios, y adoptar una visión por especialidades en toda la red.

En un análisis por áreas de salud, hay que partir de las realidades que, en cuanto a población atendida y volumen de actividad, obviamente, son distintas en Estella Lizarra, en Tudela o en Pamplona Iruña, lo que influye en el peso específico que esto tiene en las listas, más allá de comportamientos particulares que pueda tener cada centro.

Como pueden ver en la diapositiva, en el Hospital García Orcoyen de Estella Lizarra, o en el Hospital de Tudela, o en el complejo hospitalario, ven, obviamente, que los números son distintos, pero sí que es una realidad que los crecimientos interanuales, en términos porcentuales, no son muy diferentes. Sin embargo, la realidad es que el complejo hospitalario aglutina el 83,44 por ciento de las personas en espera, y es el centro en el que más se han incrementado las listas, con 8.771 pacientes más en este agosto de 2019 que en el de 2018, y esto nos da una idea de dónde hay que actuar más si se quiere tener resultados de mayor calado.

Pero bajando un poco el zoom de este análisis, podemos afinar más. En el caso del complejo, como ven, hay 7 especialidades de 45 con listas de espera superiores a los 2.000 pacientes, y que agrupadas suponen el 63 por ciento de las listas de espera, y acumulan, además, los mayores incrementos interanuales. Es decir, que un 15 por ciento de las especialidades concentran mucho más de la mitad de las personas que están en espera.

También estamos analizando si los retrasos se centran en especialidades que tienen problemas para tener la plantilla completa, o si se dan en aquellas que tienen todo el equipo disponible. También si las tendencias en el último año han sido positivas o negativas en estas 7 como en el resto, porque es verdad que hay diferencias importantes. Con esto, solo quiero reflejar lo poliédrico que resulta este tema de las listas de espera.

Siguiendo un poquito con lo que había comentado en el complejo, en el área de Tudela hay 5 especialidades de 24 que agrupadas suponen el 65 por ciento total de las listas de espera de esa área. En el área de Estella Lizarra, 6 especialidades de las 17 suponen el 70 por ciento del total de la lista de espera de la zona. Por que no resultara pesada la exposición, en la diapositiva tienen reflejado de qué especialidades se trata estas que he comentado.



Causas diferentes y multifactoriales de un tema que, como todos vemos, es complejo. Este comportamiento dispar de las listas de espera en especialidades y centros hospitalarios nos ha llevado a estudiar las soluciones para reducir las listas, analizando sus causas, porque son una suma de diferentes factores. Unos son generales y otros particulares, unos coyunturales y otros estructurales. Estos factores se enmarcan en ámbitos como la disponibilidad de personal, el organizativo funcional y el de demanda por parte de los pacientes. También hay otras cuestiones sistémicas que tienen que ver con una retroalimentación de la oferta y la demanda.

Estamos en vías de revisión de diferentes áreas de mejora en los dos niveles, tanto en el nivel primario como en el hospitalario, así como su coordinación. La falta de facultativos, que está detrás del incremento que se ha producido en las listas de algunas especialidades concretas, nos crea problemas para cubrir bajas, vacaciones o para realizar contrataciones de refuerzo, y esa es una realidad general. El Estado tampoco ha venido dando facilidades con los límites que hay al tema de la tasa de reposición, y al tema de las plazas de formación de las comunidades autónomas.

Estamos realizando en ello, y vamos a seguir realizando esfuerzos para fidelizar a los MIR, y para lograr, como se ha estado trabajando en la legislatura pasada, incrementar el número de plazas en formación de los profesionales MIR, de cara a tener más especialistas.

Esta coyuntura, como estaba comentando antes, dificulta las sustituciones y las ampliaciones de plantilla, y también esperamos y confiamos poder agilizar las ofertas públicas de empleo pese a dificultades sobrevenidas y, sobre todo, en lo que también hemos iniciado y vamos a seguir trabajando es en una política de profesionales en su sentido más general. No queda duda de que el papel de los y las profesionales de la salud es fundamental, no solo en la actividad ordinaria, sino también en las actuaciones extraordinarias. Por este motivo, el clima laboral tiene una influencia notable.

Adelantarles que estamos en un proceso que esperamos se resuelva positivamente con representantes del colectivo médico para reconducir un conflicto que también, como las listas de espera, queremos abordar con un enfoque amplio, y que es evidente que tiene, también, efectos sobre las listas de espera.

Soluciones y medidas en dos tiempos. ¿Qué hacer? ¿Hacia dónde vamos? Parece evidente que hay que plantear un plan de contingencia y un plan más estratégico. Con la combinación de ambas actuaciones, esperamos, primero, contener el crecimiento de las listas de espera, marcar luego un punto de inflexión, y lograr, por fin, una reducción sostenida y sostenible de este fenómeno.

Tenemos confeccionado un abanico de medidas a corto plazo para contener las listas de espera, y entre ellas están la búsqueda de contrataciones temporales para sustituciones; la recuperación y optimización de la actividad ordinaria tras el periodo vacacional; el reajuste de la gestión de huecos en consulta y la racionalidad en las revisiones que a veces recargan agendas en aras de mejorar la eficiencia; articular actividades compensatorias, que es distinto de actividades extraordinarias, y que las contemplamos como forma de compensar el que la plantilla original no esté completa.

Seguir, desde luego, y activar actividades extraordinarias. Creo también, y me parece importante, desterrar, entre todos, el nombre de «peonadas». Me parece indigno y reduccionista. Y también, y en pocos casos, recurrir a las derivaciones a centros concertados como última opción, y pensando siempre en el bienestar de la población.

Todo esto se articula en torno a un plan de contingencia que detallaremos si hace falta, aunque puedo adelantar, como he dicho, que será en base a actividad compensatoria, extraordinaria, y puntualmente recurriendo a concertaciones. También se mantienen planes de lista de espera, y también medidas similares en salud mental y en pruebas complementarias.

Pero como afirmamos el día de la primera comparecencia, no podemos conformarnos con hacer más de lo que ya hemos hecho. Tenemos que avanzar, y no basta con mitigar los síntomas, sino que, como decía en la metáfora, tenemos que ir a las causas que los están provocando. Tenemos que buscar una reducción efectiva y sostenida en el tiempo, y de ahí la necesidad de configurar una fórmula de trabajo que plantee las líneas básicas de mejora, que serán participadas por los profesionales.

Ahora las vamos a esbozar, pero les adelanto que engarzan con los ejes y objetivos estratégicos que ya comentamos en la primera comparecencia.

No puede ser, por otro lado, de otra manera, si queremos conseguir una eficacia y un enfoque del sistema, que nace, entre otras medidas, de la necesidad de apostar por la organización, por la innovación organizativa y por la inteligencia, o gestionar con eficiencia y transparencia, basándonos en la evidencia científica, y tratando de rentabilizar todas las opciones que las nuevas tecnologías nos ponen al servicio de interconsultas, consultas no presenciales, etcétera.

Esto, y entre otras medidas, que lógicamente van por priorizar la promoción, la prevención, fomentar la participación de los profesionales y la corresponsabilidad de la ciudadanía, iba en nuestras diez líneas estratégicas que, acompañadas por un compromiso presupuestario y un nuevo marco legal más ágil, esperamos nos pueda ayudar a mejorar la accesibilidad, la eficacia y la eficiencia del sistema, que es lo que se trata de fondo.

Pero, a día de hoy, tenemos los recursos y las normas que tenemos, aunque he de matizar que contamos con lo más importante: con un buen equipo de profesionales, que han comenzado a elaborar lo que es un abordaje de fondo y amplio sobre las listas de espera en los siguientes apartados.

Este plan para mejora de la accesibilidad y la resolución requiere de un rigor técnico importante, y, desde luego, precisa la colaboración de los profesionales. Ha de abarcar la situación global y, al mismo tiempo, requerimientos específicos en determinadas especialidades y procesos asistenciales. Tiene que ir vinculado a un plan de implantación que sea factible, para lo que ha de contar con todos los recursos de gestión humanos y económicos disponibles en nuestra Comunidad. Tiene que ser concreto y evaluable, y, al mismo tiempo, tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a los rápidos cambios.

Ya estamos trabajando en este proyecto, que podremos presentarlo cuando esté completado su diseño. Les podemos adelantar que, ineludiblemente, tendrá que contemplar elementos que incidan en el control y gestión de la demanda, y mejorar la oferta de servicios que se articulan para atender esta demanda.

¿Acciones de demanda que contemplan la variabilidad en la práctica clínica? Contemplamos acciones encaminadas a mejorar la adecuación de las demandas a los distintos profesionales del sistema sanitario, para garantizar la resolución de las necesidades en el lugar y en el tiempo más adecuados, y la unificación de criterios que permitan responder, de similar manera, a similares necesidades, compartiendo y unificando los criterios de los profesionales.

Hay acciones en marcha en este sentido, y debemos continuar seleccionando y priorizando los procesos y patologías en los que es posible incrementar la capacidad resolutive de atención primaria, unificar criterios de derivación y de priorizaciones, y mejorar la evaluación y gestión de todos estos procesos.

Todo esto pasa por medidas concretas relativas a recursos, formación, competencias de enfermería, interconsultas no presenciales, ecografía clínica, cirugía menor, dotación de retinógrafos, incorporación y completarla, porque ya está muy avanzada, de dermatoscopios. Estas acciones, qué duda cabe que necesitan el apoyo de los sistemas de información, se han de incorporar en el desarrollo, en la historia clínica integrada, de manera que podamos desarrollar vías clínicas y flujos de procesos de forma ágil y resolutive.

Por otra parte, estas acciones tienen que ir vinculadas a herramientas de gestión que garanticen su aplicación, incluidos objetivos específicos de evaluación de demanda en cada equipo de atención primaria, y, especialmente, en aquellos con mayores tasas de derivación.

Debemos fomentar, también, campañas de promoción, prevención y sensibilización de la ciudadanía para un uso racional de los servicios sanitarios en general, y de las citas de primeras consultas y quirúrgicas en particular, en clave de corresponsabilidad, y proponemos impulsar la implementación de propuestas ya desarrolladas en la anterior legislatura, e impulsar la colaboración técnica con asociaciones científicas, y potenciar la incorporación de la experiencia del paciente.

También revisaremos las mejoras necesarias en el modelo de colaboración entre centros, que faciliten la implementación de nuevas acciones.

Respecto a mejorar la oferta y acciones estructurales para corregir desequilibrios entre la oferta y demanda, es necesario completar la evaluación de la utilización de tiempos y espacios de consultas; incrementar la apertura de agendas a atención primaria para mejorar la planificación de la actividad y la información al ciudadano; dotar a los profesionales y responsables de los servicios y de los centros de herramientas de gestión que mejoren la calidad de la información y que permitan su traslado a pactos de gestión con una evaluación continuada; crear un marco de colaboración entre niveles asistenciales, disciplinas y estamentos, desde un enfoque colaborativo; desarrollar, también, un marco administrativo que facilite la colaboración entre áreas sanitarias para facilitar las coberturas asistenciales,

potenciando la integración; desarrollar ofertas basadas en tecnologías de información y comunicación; e impulsar ofertas de atención no presenciales, como ya he comentado antes.

También, el planificar la colaboración y establecer alianzas necesarias con los centros privados para cubrir las necesidades de listas de espera en los casos cuando no se puedan atender con recursos propios. Al mismo tiempo, lo que se hace totalmente necesario es priorizar, por servicios y procesos, con el foco de los de mayor necesidad por su impacto en la salud, y con circuitos colaborativos, sobre todo en las especialidades que tienen más lista de espera.

Como ya hemos mencionado, el plan tiene que asociar medidas y recursos para su implementación, y también evaluación de resultados.

Me van a permitir que no baje a aspectos más concretos, porque sería, yo creo, alargar más la comparecencia, y también porque con la premura no queremos bajar, obviamente, a otros extremos sin contar con las y los profesionales, que deben participar en su diseño final e implementarlos.

Tengan la seguridad de que vamos a trabajar en este nivel de concreción técnica. Estamos avanzando en un proceso que no es ajeno a la presión social e incluso política, porque surge en este tema tan sensible, pero lo haremos desde el rigor y desde la honestidad ética y política, y todo ello, sin caer ni en el dramatismo ni la precipitación que pudieran derivarse de los malos datos estadísticos, pero tampoco en la tentación oportunista de alardear de una posible recuperación de aquí a final de año si son efectivas, como creemos, las medidas de choque.

No se trata ni de apuntarse medallas ni de repartir culpas, sino de asumir responsabilidades y ponernos manos a la obra. Nuestra apuesta estratégica es por otra mirada. Es el reto que, sin duda, tenemos: una aproximación sistémica, una mirada larga a medio plazo, en un año, y luego a lo largo de la legislatura. Buscamos, como ya he comentado antes, pasar de la dinámica de contener una tendencia a marcar un punto de inflexión para reducir de forma sostenida y sostenible. No queremos solo respuestas coyunturales a problemas estructurales. Mientras tanto, no duden de que vendremos a este Parlamento todas las veces que haga falta, y que, tanto ustedes, señores Parlamentarios, como todos los ciudadanos, pueden tener acceso mensualmente a través de la web del Gobierno al estado de la situación.

Creemos que conocer y reconocer la realidad es el primer paso para mejorarla y para avanzar, y en esta dirección, en el objetivo compartido de mejorar nuestro sistema sanitario, su accesibilidad y respuesta a las necesidades y expectativas de las personas, contamos con ustedes, con su exigencia crítica, por supuesto, pero también, y es de agradecer, con su colaboración creativa. Mila esker. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Induráin. Comenzamos ahora con la intervención de los diferentes grupos. Tiene la palabra, en primer lugar, el grupo proponente. Para ello, tiene la palabra su portavoz, la señora Ibarrola, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias por las exhaustivas explicaciones. A 30 de junio de 2015, la herencia que recibió el cuatripartito que tildaron de mochila dramática, intolerable, inaceptable, resulta que, a día de hoy, de acuerdo con los datos que nos acaba de dar, ha

tenido como resultado, tras la gestión de cuatro años, una reducción en la lista de espera de consultas de 3.900 personas. No sé si lo ha dicho, pero no me he quedado con la espera media de septiembre. Si no, serían cinco días para agosto, y esto, con 600 millones de euros más.

Por supuesto, del resto de herencia que recibieron, sistema sanitario mejor valorado del país en el barómetro sanitario, en el informe de la Federación de Asociaciones por la Defensa de la Sanidad Pública, segunda comunidad autónoma con mayor gasto per cápita en salud, mayor ratio por habitantes en quirófanos, en médicos de especializada, enfermeras de especializada, programas, proyectos, ni el más mínimo reconocimiento.

Los datos de agosto no reflejan el triunfalismo de estos años. 40.402 personas esperando una primera consulta. 24.421, 60 por ciento, no saben aún la fecha de cita, y 18.971, casi un 50 por ciento, están fuera de la Ley de Garantías. Hay 10.595 personas más esperando que hace un año, y la espera media, ya lo ha dicho, ha aumentado de 36 a 49 días, un 36 por ciento. Espera media en consulta preferente: 21 días, en consulta ordinaria: 70.

Actividad acumulada a 31 de agosto, se ha reducido un 9,2 por ciento en primeras consultas, un 6,7 en revisiones. En total: 51.189 consultas realizadas menos que en 2018.

De acuerdo con los datos del ministerio, a los que también ha hecho usted referencia, justo antes de que en Navarra empezaran a empeorar, somos la cuarta comunidad con peor dato de espera media para primera consulta, solo por detrás de Canarias, Cataluña y Aragón, y triplicamos la espera media en País Vasco.

Para los ciudadanos, este es un tema prioritario. El último barómetro objetiva que, para la ciudadanía navarra, el área de mayor interés es la salud, y, recientemente, la Asociación de Consumidores Irache publicó un estudio que reflejaba que el 89 por ciento de los navarros califican el problema de la lista de espera como grave o muy grave. Así se refleja, también, en el número de quejas y reclamaciones por demora en lista de espera, que, de acuerdo a los datos del Servicio Navarro de Salud, se han incrementado un 21 por ciento respecto al año anterior, un 81 por ciento respecto a 2014, que fue el último ejercicio completo con un Gobierno de UPN.

Miren, gestionar en los años de crisis fue duro, pero también les digo que lo hicimos con enorme esfuerzo, responsabilidad y transparencia. Gracias al esfuerzo de muchos profesionales, el último año de legislatura se redujo la lista de espera de consultas en más de ocho mil personas, y la espera media, 13 días. Reforzamos la información de listas de espera publicadas en el portal de salud, implantamos el visor de listas de espera, y mensualmente, durante toda la legislatura, sacamos una nota de prensa con los datos, que enviábamos a todos los medios.

Con el cuatripartito solo hemos tenido notas de prensa cuando los datos les favorecían, con comparativas sesgadas y filtración a determinados medios de información. Consejera, le pedimos que haga honor al buen Gobierno, transparencia y política de rendición de cuentas que está imperando en otros sistemas sanitarios, publique, con acceso, no solo a Parlamentarios, que debemos de ejercer nuestra labor de control del Gobierno, sino a todos

los ciudadanos, que, con sus impuestos, están pagando los servicios públicos, los datos que tiene actualizados del SISNA, el informe de listas de espera o el cuadro de mandos.

El Consejero se comprometió a publicar el SISNA en abril de 2016, y sigue sin publicarse. Tampoco se está llevando a la práctica el trasladar el cuadro de mandos, de acuerdo a una moción aprobada en este Parlamento.

La transparencia facilita una política constructiva. Le agradecería compromisos concretos en su réplica a este respecto. Revisaremos con enorme interés los planes y análisis que han hecho, y a los que ha hecho referencia, cuando los tengan, y cogemos el guante de construir, a raíz de esos planes. Haremos un seguimiento de la implantación y de la evaluación del impacto de los mismos.

El plan integral de listas de espera, que se presentó en este Parlamento ya en marzo de 2016, recogía muchas medidas que compartimos. Lo que ha ocurrido es que muchas de ellas se han quedado en el tintero. Pacto sindical para incentivar resultados por mantener tiempos de espera adecuados, normativizar tiempos de espera máximos por procesos, unidades multidisciplinares con sistemas multicita, plan de mejora de la capacidad resolutive con identificación de procesos a resolver por atención primaria, personalización de listas de espera, priorización de pacientes, marco normativo más ágil y efectivo. Todos los compartimos y esperamos que los desarrollen.

Claro que, después de oír al señor Martínez que los programas que aprueba no tiene intención de cumplirlos, empiezo a entender algunos de sus compromisos en la campaña electoral de 2015.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Entiendo que esto es una alusión personal a alguien que todavía no ha dicho una palabra y me gustaría poder...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): No, señor Martínez. No tiene la palabra, porque es una alusión política. No se ha referido a su persona, se ha referido a usted como político, luego tendrá la oportunidad de responder, además, en su intervención.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: No me lo cuente en el tiempo, por favor. Como implementar el tanto por ciento del presupuesto en atención primaria, el 25 por ciento lo tiene como lo encontraron, o hacer desaparecer la lista de espera, no reducir, desaparecer. Todavía lo tiene colgado en la web.

Hemos vivido claras incongruencias en el cuatripartito. Mientras eran oposición, demonizaron peonadas y derivaciones a centros concertados. ¿Qué ha pasado? Que se han utilizado de forma habitual, solo que les han cambiado el nombre: «autoconcertaciones», «prolongaciones de jornada», ahora vemos que les van a llamar «actividades compensatorias», en principio, para seguir despistando, «horas extraordinarias». A pesar de todo lo que han dicho, han tirado de conciertos como el que más.

Gasto real acumulado a 31 de agosto. Capítulo 1: 19 millones de euros más que en 2018, 54 más que en 2014. Productividad ordinaria y extraordinaria: 700.000 euros más que en 2018, el

doble que en 2017, cuatro veces más que en 2014. Prestaciones y conciertos: 3 millones más que el año anterior, 11 más que en 2014.

Son muchos los profesionales que han participado activamente en grupos de trabajo, definiendo protocolos y criterios de adecuación, desde el plan de coordinación primaria especializada, que fue pionero a nivel nacional, ya hace veinte años. El fallo de esta última legislatura ha estado en la falta de compromiso y seguimiento desde el ámbito de la dirección y la gestión, para implementar y evaluar los acuerdos de estos grupos de trabajo, en el que se han implicado muchísimos profesionales. Tienen protocolos definidos hace dos y tres años, sin incorporarlos a la historia clínica electrónica, y en esta labor, usted, Consejera, como anterior gerente de Atención Primaria, ha tenido una parte importante de responsabilidad.

Cuestiones que nos interesa que conteste en la réplica. ¿Van a incluir normativa, garantías en revisiones, que es donde se están generando los verdaderos problemas de retrasos, en muchas ocasiones, de mayor relevancia clínica que los de una primera consulta? ¿Se comprometen, antes, a publicar con transparencia los datos de revisiones? ¿Van a regular garantías por procesos? ¿Van a incluir criterios de priorización con variables sociolaborales, además de criterios clínicos? ¿Van a limitar, normativamente, las derivaciones a centros concertados?

Nosotros defendemos la colaboración público-privada con criterios de calidad y eficiencia, siempre con financiación, control y evaluación públicos. Digan cuál es su modelo, pero sean coherentes con lo que defienden.

El día 4 de este mismo mes, el Sindicato Médico difundió una nota en la que dice tener conocimiento de que la Administración está presionando a jefes de servicio y facultativos para realizar peonadas para reducir listas de espera. ¿Qué nos tiene que decir, Consejera, de esto?

Señor Martínez, hoy tiene usted la oportunidad de retirar su absurda acusación de promover una huelga política, y no por mí, que le aseguro que no me ofende en absoluto, pero sí por el respeto a profesionales compañeros suyos, de cualquier ideología, que lícitamente se han manifestado en contra de las decisiones de su Gobierno, y que ustedes no han podido gestionar peor. Negar la mayor ante el malestar de un colectivo profesional, acusarles de irresponsables por ejercer su derecho a la huelga, o escudarse en una supuesta artimaña política no resulta una estrategia demasiado inteligente para solucionar el conflicto.

Aquí, Consejera, agradecemos sinceramente su cambio de talante, y esperamos que lo resuelvan de forma satisfactoria lo antes posible.

Insisto, para finalizar, mídense con datos comparables. 40.402 personas en lista de espera de consultas y 49 días de espera en agosto de 2019. 22.485 y 26 días de espera en agosto de 2009. 22.851 personas, 26 días de espera en agosto de 2010. Compararse con contextos económicos muy distintos introduce sesgos interesados y partidistas. Nada más. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. Le han sobrado treinta segundos, aun contando el tiempo que le he interrumpido.

A continuación tiene la palabra, por parte del Partido Socialista de Navarra, su portavoz, la señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchísimas gracias, señora Presidenta. Muchísimas gracias a la Consejera y su equipo, por todas las explicaciones y por el desmenuce que han hecho de las listas de espera, las causas, incluso yo creo que han llegado muy bien a diseccionar el problema, y creo que están viendo dónde están los agujeros, y van a poner los parches donde están viendo esas grietas.

Para el Partido Socialista, señora Ibarrola, las listas de espera no son, ni serán, ni han sido tolerables nunca, ni con ningún Gobierno. Además, para nosotros es objetivo prioritario del Gobierno, y de este equipo de gestión, y desde este partido. Usted lo debería saber mejor que nadie, señora Ibarrola, usted que estuvo en la gestión en la legislatura 2011-2015, con la señora Vera, que estuvo de directora general de Salud, y usted comenzó la legislatura 2011, le voy a recordar las cifras, porque, si no, se nos va la memoria de vez en cuando.

Voy a recordar: en junio de 2011, cuando usted entró, había 19.785 pacientes en lista de espera. Cuando terminó usted su legislatura con el equipo de gestión, acabaron con 45.987. Pero es que eso no es lo peor, porque he hecho el esfuerzo de buscar las listas de espera en agosto, y usted batió récords. Usted, con su gestión, batió récords. En el año 2014, se llegó a 59.565 pacientes en agosto de aquel año. Luego usted, como venían las elecciones, lógicamente, los últimos seis meses apretó, y dejó la lista de espera en 45.987, porque había que hacerse la foto.

Tampoco podemos sacar pecho en los días de demora, que usted también batió récords: 76, cuando sabemos que la Ley de Garantías nos obliga a 30, señora Ibarrola. Estas son sus cifras y esta es la foto de UPN en sanidad.

Mire, no sé si ustedes habrán analizado el porqué de este desastre. El Partido Socialista lo hizo entonces, y lo sigue haciendo ahora. Fue su política de recortes en salud y su política de privatización la que llevó al colapso de estas listas de espera en el año 2014. En todo caso, usted, en aquel momento, que estaba de directora general, podía haber aplicado sus planes y estrategias, y haber reducido la lista de espera a cero. Pero es que no fue eso lo que hicieron. Batieron récords.

En todo caso, la legislatura pasada se logró bajar la lista de espera, eso es cierto, hasta un 33 por ciento. Sí que es verdad que en el último año se logró un repunte, y, en todo caso, señora Ibarrola, usted, lo que tenía que haber pedido, es la comparecencia del señor Domínguez, porque está pidiendo explicaciones a este equipo de gestión cuando estaba recién nombrada la Consejera.

Aparte de todo eso, usted estaba, en el equipo de gestión anterior, también en un cargo. ¿Por qué no llamó al señor Domínguez y le dijo: «Oiga, señor Domínguez, por qué no hacemos esto para disminuir las listas de espera?». Si usted tiene unas estrategias y unos planes tan fenomenales, porque usted estaba a cargo del paciente crónico pluripatológico, de los planes, ¿por qué no llamó al señor Domínguez para decirle las ideas de UPN para poder reducir las listas de espera?



Yo creo que el problema es complejo, como muy bien ustedes han dicho. Es un problema multifactorial, como todos los que estamos aquí deberíamos saber, y yo creo que hay que hacer la mínima demagogia posible en este tema. Además, no se pueden dar soluciones simples a problemas complejos, y este lo es, señora Ibarrola. Como muy bien han desgranado ustedes, hay varios factores. Tenemos que decir que, efectivamente, la atención hospitalaria es la que se lleva la lista de espera, porque en atención primaria no hay prácticamente lista de espera, tres de cada cuatro solicitudes, como ha resaltado la Consejera, se resuelven antes de las veinticuatro horas.

Los datos, como le hemos dicho, son del mes de agosto, que, como sabe, el mes de agosto es un mes inhábil para la Administración, porque es donde la mayor parte de los profesionales sanitarios se cogen las vacaciones, con lo cual hay un descenso estacional de la actividad de consultas, con lo cual el mes de agosto ha sido siempre malo para todos los Gobiernos, señora Ibarrola.

Como muy bien ha dicho la Consejera, la mayor parte de los pacientes que esperan son con una prioridad no preferente, el 83,5 por ciento son de una prioridad normal, solo el 16,5 tienen una prioridad preferente, y como también han querido resaltar, el paciente oncológico, que es el paciente que sí que precisa de un circuito rápido, ya lleva sus circuitos más rápidos y circuitos propios. La huelga médica y el clima laboral también han hecho que esta lista de espera haya aumentado. Se han tenido que anular consultas, se han tenido que anular pruebas complementarias, porque los facultativos tenían derecho a la huelga, señora Ibarrola, y eso es lo que ha pasado.

Falta personal médico, pero no falta personal médico solo en Navarra, falta personal médico en España en general, porque se ha hecho una muy mala previsión de profesionales. Entonces, nos estamos encontrando con que hay servicios que no pueden llevar a cabo su actividad normal, ordinaria, de consultas, porque no encuentran profesionales para poder sustituir jubilaciones ni para poder sustituir bajas por maternidad, por ejemplo.

Como muy bien ha dicho también la Consejera, la lista de espera quirúrgica no ha aumentado. Es más, se han hecho mayores intervenciones, y además se han reducido los días de demora, y luego, recordarle que la lista de espera no es lo mismo para las mismas patologías ni para las mismas especialidades hace diez años que ahora. Sabemos que especialidades como dermatología, traumatología, sobre todo unidad de raquis, unidad del dolor, que eran especialidades que hace diez años no tenían la lista de espera que tienen, ahora sí.

Luego, como también ha dicho la Consejera, resaltar que también se han realizado más pruebas complementarias.

Está claro que es necesario dar soluciones a los desequilibrios entre la demanda sanitaria y la oferta de los servicios sanitarios, y hay que garantizar a la ciudadanía navarra unos tiempos de espera admisibles. Por eso, nosotros, desde el grupo parlamentario socialista, compartimos con ustedes que se precisa de unas medidas urgentes, unas medidas de choque, y, además, un plan de contingencia y ese plan estratégico. Dentro de esas medidas, estamos de acuerdo en que hay que realizar unas contrataciones y sustituciones, que hay que hacer una actividad ordinaria compensada, puesto que los profesionales son incapaces, por el número, porque no

llegan a poder realizar una actividad ordinaria, hay que compensarla de alguna forma, y eso hay que pagarlo, lógicamente.

Siempre, la lista de espera hay que intentar asumirla, y desde el Partido Socialista lo apoyamos, y es así, siempre, toda lista de espera hay que intentar asumirla desde el sistema público, salvo de forma excepcional, en los casos en los que no se pueda asumir, como único y último recurso, derivarla a centros concertados.

Estamos de acuerdo en que hay que reajustar los huecos de consulta. Hay que racionalizar esas revisiones, y nos ha gustado mucho ese plan estratégico que tienen ya más a largo plazo, con la implementación de las nuevas tecnologías, la retinoscopia, la dermatoscopia, las interconsultas no presenciales, la ecografía en atención primaria. Hay que mejorar la accesibilidad, como usted muy bien ha dicho. Hay que aumentar la capacidad resolutive en esa atención primaria, que es el pilar de nuestra sanidad. Hay que dar más autonomía a la enfermería para que resuelvan. Se pueden resolver muchas consultas con un telefonazo y con un correo electrónico, sin que vaya el paciente a la consulta.

Hay que empoderar a las asociaciones y a los pacientes. El paciente tiene que ser cada vez un paciente más empoderado, y, lógicamente, hacer también más sensible a la ciudadanía de que esto es un sistema que debe ser sostenible por todos.

Solamente decirle que este problema está y estará entre las principales preocupaciones del grupo parlamentario socialista, quienes no tenemos la menor duda, señora Consejera, que con este análisis que han realizado y con esta estrategia, tanto a corto como a largo plazo, el problema de las listas de espera se llevará de otra forma, y que no me cabe la menor duda de que se podrá reducir. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Fanlo. A continuación tiene la palabra, por parte de Geroa Bai, el señor Martínez, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Muchas gracias, señora Presidenta. La verdad es que he estado tomando notas de lo que la Consejera decía, y la verdad que me ha parecido muy interesante. He de decir que estamos de acuerdo, también, con lo que ha expuesto. Nos gusta esto de las nuevas tecnologías. Yo recuerdo que cuando en la legislatura anterior se empezó, por ejemplo, a hacer consultas dermatológicas, no in situ, sino a través de las nuevas tecnologías, a Unión del Pueblo Navarro le provocó la risa. Hoy se han hecho modernos, y parece que también les gusta.

Estamos de acuerdo en que haya que priorizar la actuación sobre distintos servicios, sobre distintas especialidades, para ir disminuyendo las listas de espera. En dos palabras: estamos muy de acuerdo con lo que ha dicho, pero como me da la sensación de que lo que motivaba la comparecencia de hoy no era preguntarle a usted cuál era su plan para disminuir las listas de espera, sino atacar al Gobierno anterior, e incluso a mí personalmente, me voy a centrar en lo que a UPN le ha importado para convocarle a usted y llamarle a esta comparecencia.

Lo importante para UPN, ¿qué era? Incluso voy a matizar: me da la sensación de que lo importante para la portavoz de Unión del Pueblo Navarro no era preguntarle sobre las listas de

espera, sino lucirse personalmente, porque la señora Fanlo dice: «Señora Ibarrola, debería usted llamar al señor Domínguez, al antiguo Consejero, para hablar de las listas de espera».

Mire, señora Consejera, el Consejero Domínguez estuvo aquí no sé cuántas veces, en este Parlamento, respondiendo a preguntas de un correligionario de la señora Cristina Ibarrola, el señor Sayas, y, al parecer, a la señora Ibarrola no le ha gustado la actividad política del señor Sayas en el tema de las listas de espera, y por eso ha venido ella aquí, en plan «yo sí que sé, yo sí que voy a decir las cosas claras». Bueno, lo siento por el señor Sayas, al que le tengo cierto cariño personal, pero, en fin, el señor Sayas hizo lo que tenía que hacer, y el señor Domínguez también.

Por cierto, el señor Domínguez demostró la falsedad de todas y cada una de las acusaciones que hacía el señor Sayas.

Muy poco tiene para fardar o para exigir Unión del Pueblo Navarro, que en 2014 tenía más de 50.000 personas en lista de espera para primera consulta; en 2012, más de 10.000 personas para lista de espera quirúrgica; en 2014, en lista de espera para pruebas de especial seguimiento, más de 20.000 personas. Muy poco tiene para fardar o para exigir Unión del Pueblo Navarro, con la señora Cristina Ibarrola al frente.

Ha dicho cosas, la señora Cristina Ibarrola, en fin, que yo ya dije que es imposible cumplir los programas. Mire, si a Geroa Bai algo le caracteriza es la sinceridad. Si a Unión del Pueblo Navarro algo le caracteriza es la mentira y la falsedad continua. Mienten ustedes cuando escriben sus programas y, sobre todo, cuando los realizan. Mienten ustedes cuando dicen que les preocupa la sanidad pública, cuando ustedes fueron los mayores impulsores de los recortes en la sanidad pública. Mienten ustedes cuando dicen que son partidarios del trabajo conjunto público-privado, pero, eso sí, con control y evaluación pública.

A lo largo de la historia de Navarra, ustedes han siempre preferido que el control sea privado, y han sido ustedes incapaces de evaluar nada. Puedo hablar desde los convenios con la Clínica Universitaria, de los convenios con la Universidad de Navarra, puedo hablar de la pésima gestión de la Caja de Ahorros de Navarra, que ustedes, su grupito de amigos del corralito foral, llevaron a la desaparición, etcétera.

Cuando yo digo, e insisto, que hay programas que son imposibles de cumplir, me reafirmo en ello. Son desiderátums. Son deseos, y nuestro deseo está claramente reflejado en el acuerdo de legislatura. Ojalá seamos capaces de cumplir todos y cada uno de los puntos, y si no lo hacemos, porque es posible que no lo hagamos, lo diremos con total tranquilidad, con total honestidad y con total sinceridad, a diferencia de lo que es habitual en Unión del Pueblo Navarro.

También ha hecho una mención a la huelga de médicos la señora Ibarrola. Yo quiero decir que dos de los dirigentes del Sindicato Médico, mientras yo trabajaba en el complejo hospitalario, incluso después de que dejara de trabajar en el Complejo Hospitalario de Navarra, se presentaron en las últimas elecciones, dentro de las listas de un partido con el que ustedes, señora Ibarrola, se manifestaron en la Plaza de Colón. ¿Era la Plaza de Colón o era la Plaza de Oriente? No, era la de Colón, pero era exactamente lo mismo.

Señora Consejera, en Geroa Bai va a tener un firme, serio y leal aliado en la defensa de la sanidad pública, necesitada, también, de convenios con la sanidad privada, pero, eso sí, con control y evaluación pública, como usted ha dicho, va a tener un serio, sincero y leal aliado en todo lo que hagan ustedes en la dirección en la que han marcado para disminuir las listas de espera. No dude de nuestro apoyo a lo largo de esta legislatura. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señor Martínez. A continuación tiene la palabra, por parte de EH Bildu, su portavoz, el señor González, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Egun on guztioi. Mila esker, lehendakari andrea. Si hay que remontarse en el tiempo, no me importaría lo más mínimo, llevo treinta años trabajando en Osasunbidea y algo creo que conozco.

Uno de los problemas que estamos sufriendo en estos momentos son decisiones que se tomaron antes de la crisis de 2008, 2009, 2010, y ese problema fue, por ejemplo, el utilizar las peonadas como una forma de reducir las listas de espera. ¿Por qué? Porque el personal sanitario no somos ángeles, y está claro que si a alguien le das la posibilidad de ganar más dinero, cae en la tentación de ganar más dinero, y una vez que te acostumbras a ganar más dinero, es muy difícil cortar ese grifo. Ahí se nos fue muchísimo dinero, gastado ineficientemente, y eso es indiscutible.

Creo que la cantidad que tenía apuntada de la persona que más cobró en aquellos momentos por peonadas, fue 42.000 euros al año, casi nada. Eso ha provocado que haya un descontrol en la gestión de las listas y en los motivos que provocan que esas listas vayan creciendo. Ahí sí que comparto un poco la postura de la Consejera, en el sentido de que sería interesante poner más filtros a la forma de gestionar las listas de espera, porque no son lo mismo unas listas que otras. Porque las listas de espera no son malas por sí, sino que tienen que ser una herramienta que podamos utilizar y la podamos gestionar, de forma que garanticemos que la atención sanitaria a las personas que lo necesitan sea lo suficientemente rápida y ágil, y lo suficientemente interesante como para que no genere angustias ni genere problemas de salud a las personas que la necesitan.

La actividad de consultas, yo creo que antes de la crisis, estaba en torno a las 900.000 consultas entre primeras y sucesivas. Es decir, en el año 2018 se han hecho unas 100.000 consultas más que antes de la crisis, es decir, un 10 por ciento más. Creo que eso demuestra que se ha mejorado la productividad, y, sin embargo, siguen aumentando las listas de espera.

A mí me llama la atención que los problemas de salud de la población no han empeorado de una forma tan evidente. Entonces, a veces me pregunto si este tipo de incremento de la actividad, a veces no es, también, un incremento un poco fomentado por conflictos que existen dentro de los trabajadores y trabajadoras. Es evidente que este año 2019 hemos sufrido una huelga por parte de un colectivo muy concreto, y que se ha sentido que no ha solucionado sus problemas y ha habilitado una serie de medidas de presión hacia el anterior Gobierno.

Es evidente que esas medidas no solo eran las legalmente establecidas de una huelga, de unos paros y tal, sino también de una forma de actuar frente al trabajo diario, que, probablemente, una parte sea debida a la desmotivación que provoca cierto malestar, y otra porque, a veces, también, desde algunos sindicatos, se han generado algunas directrices para aumentar las peticiones, las derivaciones, y sobrecargar o aumentar las listas de empleo.

Eso es algo bastante evidente, porque si uno mira los datos de actividad de los últimos diez años, ve que no se corresponden. Luego, hay cosas que llaman, también, la atención, porque yo recuerdo que en 2008 hicimos la reforma de la atención continuada y urgente en lo que fue atención primaria. Eso supuso una reducción, automáticamente, de las listas de espera, y también de las urgencias hospitalarias. Es decir, de 2008, que se hizo la reforma, a 2013, que se hace la contrarreforma por parte del Gobierno de Cristina Ibarrola, se reducen de 408 urgencias por cada 1.000 personas a 370.

Sin embargo, a partir de 2013, que es cuando se vuelve a activar la contrarreforma, se crean las microguardias y se crea una nueva forma de atender lo que es la atención continuada y urgente, vuelve a crecer, y ahora estamos prácticamente en 400 personas por cada 1.000 habitantes los que acuden a urgencias. Eso genera, también, demanda especializada.

Hay que tener en cuenta, además, que los ingresos que se generan en urgencias disminuyen. Es decir, que es gente que acude a urgencias porque no se está resolviendo bien su problema de salud, y normalmente no se está resolviendo bien en atención primaria, y es algo que creo que, desde las líneas de trabajo que se han planteado, a veces se nos queda un poco como de forma secundaria, y yo creo que es uno de los ejes principales que deberíamos trabajar, la atención primaria, y mejorar la resolución y la capacidad que tiene es uno de los puntos que, creo yo, pueden ayudar a parar la demanda hacia especializada, demanda muchas veces innecesaria.

En 2013 se tomaron una serie de medidas que yo creo que habría que revertir de alguna forma, porque lo que está claro es que generaron una desmotivación tremenda entre los profesionales, y eso ha hecho que se incurra en unas tendencias que están... (NO HAY SONIDO) y en la medida en que seríamos capaces de reconducirlas, yo creo que ayudaríamos bastante.

Luego, hay problemas de productividad y eficiencia en algunos servicios, y yo creo que no reconocerlo no sería muy correcto. Nosotros estamos viendo, incluso, cómo dos servicios idénticos del Complejo Hospitalario de Navarra, la actividad entre uno y otro es radicalmente distinta. Eso tiene nombres y apellidos. Hay personas que están cumpliendo muy bien su trabajo, afortunadamente la inmensa mayoría, porque tenemos unos muy buenos profesionales, pero hay direcciones que no están cumpliendo con su requisito o con la eficacia que les corresponde.

Yo creo que, también, ahí deberíamos ser capaces de actuar y de generar un sistema que acabe con una dinámica que a mí me parece perversa, es decir, desde prácticamente la creación de Osasunbidea en el año 1990, no hemos sido capaces de profesionalizar y de democratizar los cargos intermedios. Es decir, las jefaturas intermedias, que deberían estar copadas a través de concursos de méritos, están copadas a través de la libre designación. Es muy difícil que nadie le corrija a su jefe, porque si a mí me ha puesto alguien, difícilmente le

voy a llevar la contraria. Al final, ese tipo de mecánicas lo que provocan, muchas veces, es el bloqueo y la falta de mejora continua de los servicios.

Yo creo que ahí tenemos otro reto que afrontar, que es la mejora de lo que sería la profesionalización de estos puestos intermedios, y que creo que en el Servicio Navarro de Salud estamos hablando de unas setecientas personas, son muchas, y que podrían mejorar muchísimo la eficiencia y la eficacia que tenemos.

También, elaboración de guías, de protocolos para atención primaria, que permitan a los profesionales de atención primaria el contar con una orientación de cara a cómo actuar con los pacientes a los que tienen que atender, o si consideran que los tienen que derivar a especializada. Luego, sobre todo, meter mano a las revisiones, y ahí sí que coincido con Cristina Ibarrola, en el sentido de que, probablemente, es otro de los problemas graves que tenemos, un problema grave que tenemos en cuanto a la sanidad pública y lo que sería la salud de los pacientes, y que no tenemos ninguna forma de garantizar que se les atiende con la debida eficacia.

Yo no tengo ninguna duda de que los profesionales, a la hora de plantear las revisiones, están teniendo en cuenta ese tipo de patologías y de problemas reales más acuciantes, y que se están manejando. Pero deberíamos tener alguna forma de controlarlo y de poder gestionarlo de una forma más clara.

Sería un poco que cuente con nuestro apoyo. Desde luego, vamos a ser críticos, en la medida en que nos parece que son problemas acuciantes, pero vamos a ser colaborativos, porque creemos que la salud de los navarros y navarras se merece nuestra atención y nuestro trabajo. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor González. A continuación tiene la palabra, por parte de la Agrupación de Parlamentarios y Parlamentarias Forales de Podemos Ahal Dugu, su portavoz, el señor Buil, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. BUIL GARCÍA: Eguerdion. Gracias, Presidenta, y bienvenida a la Consejera y al equipo. Una de las mayores preocupaciones que tiene la sociedad navarra son las listas de espera. En todas las sociedades y comunidades de nuestro país estamos con listas de espera y con problemas en las listas de espera. Más que todo, la generación de ansiedad, sensación de abandono, de injusticia. Todo lo que acaba deteriorando la imagen pública de nuestros sistemas públicos de salud es una prioridad para nuestro grupo parlamentario, como para el resto de grupos, que también lo han expresado.

Repetimos: la desafección sobre el ámbito público tiene aquí su importancia, en las listas de espera, y esta tendencia, que tenemos que reconocer como evidente, es evidente que hay que tomar cartas en el asunto, pero, a nosotros, lo que se nos hace importante es valorar los datos, más allá de la parte cuantitativa. En este sentido, nos ha traído una radiografía de la lista de espera, que no es tan alarmante como plantearán los titulares mañana.

Creemos que es importante destacar que, en atención primaria, tres de cada cuatro peticiones de cita se están dando con menos de veinticuatro horas, o que las listas quirúrgicas se han

reducido en 252 personas desde agosto del año pasado. También, que en listas de espera quirúrgica, se espera cuatro días menos que el año pasado.

Si analizamos bien dónde se generan las esperas, vemos, también, que se están concentrando en siete especialidades en el Consejo Hospitalario de Navarra, seis especialidades en Estella y cinco especialidades de Tudela. Creemos que también es importante explicar las causas que provocan estos repuntes en las listas de espera. Si empezamos por aquello que nos condiciona a nivel estatal, tendríamos que hablar de la Ley de Estabilidad Presupuestaria y de la tasa de reposición.

En abril de 2017, el exconsejero Javier Domínguez acudía a la ministra Montserrat para reivindicarle 800 plazas para nuestro sistema público. Yo supongo que estaríamos en una situación diferente en estos momentos, si no se nos hubiera aplicado una tasa de reposición tan estricta.

Ante el crecimiento de las listas de espera, yo le quiero hacer una pregunta. Yo no soy médico ni mucho menos, y es si en realidad son, también, un síntoma del estado de salud de nuestra sociedad. Si desde ahí tenemos un indicador desde el que mirar hasta qué punto nuestra población está más o menos enferma, y en qué tipo de enfermedades se está viendo un aumento.

Respecto a las listas de espera, y por lo que usted nos ha planteado, hay otros factores que son más coyunturales, como el clima laboral, la huelga médica y el margen que nos queda después de la tasa de reposición después de los factores coyunturales, como el clima laboral, etcétera, son cuestiones de reorganización interna, organización interna de niveles sanitarios, organización interna de cada uno de ellos, nuevas tecnologías.

Un margen relativamente amplio, según plantea usted con su ambición, pero también muy encorsetado por una situación externa que, como le digo, tiene que ver con la Ley de Estabilidad Presupuestaria, con el estado de salud de nuestra población, y con las cuestiones que ya ha planteado usted. Ustedes están apostando por acciones estratégicas que, desde Podemos, compartimos, como mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria, generar nuevas herramientas de gestión en cuanto a los recursos técnicos y humanos, potenciar las competencias de enfermería, extender la ecografía clínica en primaria y el acceso a radiología, potenciar las interconsultas no presenciales...

Por otro lado, actuar sobre la oferta del servicio sanitario, potenciando la gestión clínica, el liderazgo e incentivando a los profesionales, y, sobre todo, generando circuitos y sinergias entre las diferentes especialidades, sobre todo, las que tienen esa mayor lista de espera.

Respecto al plan que usted expone y que plantea atajar las listas de espera desde la actividad compensatoria o extraordinaria, nuestra postura siempre ha sido la misma, que es promocionar, financiar y hacer crecer los medios propios. Somos conscientes de que las restricciones presupuestarias, etcétera, la falta de facultativos, están impidiendo reforzar las plantillas, pero desde Podemos le vamos a pedir que restrinja al máximo el uso de conciertos sanitarios, a la vez que le vamos a empujar para que la financiación comprometida del acuerdo programático, y que supone un 6,5 por ciento del PIB antes del fin de esta legislatura esté

destinada, precisamente, a reforzar el liderazgo público de nuestro sistema de salud. Nada más. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor Buil. Ante la ausencia de la representante del Grupo Mixto Izquierda-Ezkerra, y antes de darle la palabra... (MURMULLOS) Iba a suspender la sesión, pero me dice la señora Consejera que lo hagamos seguido. Por lo tanto, ante la ausencia, como digo, de la señora De Simón, toma la palabra la señora Consejera para responder a las cuestiones que se han planteado por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Mila esker. Muchas gracias a todos y todas. La verdad que lo que he comentado al inicio, que veníamos aquí a comentar, pero que veníamos a escuchar, que es un tema del que yo veo que son muy conscientes de que es una situación, por un lado, que preocupa a los ciudadanos, y, como he comentado, son los representantes legítimos; por otro lado, que es un tema recurrente, es un tema que se han estado sacando, efectivamente, datos de hace diez años.

Cuando nosotros analizábamos estos cuatro ejes, era porque cuando empezamos a plantearnos cómo abordarlo, efectivamente, esto da una visión. Dices, el eje temporal, es decir, venimos, ¿esto es ahora? No. ¿De dónde venimos? ¿De hace cuántos años analizamos? ¿De qué sociedad estamos hablando que era hace diez años? ¿Es la misma sociedad que ahora? ¿Tiene el mismo nivel económico? ¿Tiene los mismos indicadores de salud? ¿Tiene las mismas situaciones sociosanitarias? Pues no, no es la misma. Venimos, hemos visto que subíamos, bajábamos.

El eje geográfico. Cuando nos miramos, efectivamente, podemos compararnos con unas autonomías, con otras, en unas cuestiones, en otras, planteamientos que decían: ¿nuestra sociedad es más enferma si hay más listas de espera? Tenemos unos indicadores de salud buenísimos. Somos una Navarra, como he comentado antes, en el informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, con indicadores como los que han comentado la señora Ibarrola, también los sigue manteniendo.

También, ojo, en ese mismo informe, cuando hace un análisis de regresión estadística, en el que se ve qué factores influyen, también habla mucho de atención primaria, que a veces nos olvidamos en este análisis. No global, pero a veces nos olvidamos, y, efectivamente, la accesibilidad es un criterio de calidad, y si pensamos dónde quieren ser atendidas las personas de nuestra Comunidad, por sus problemas de salud, nos encontraríamos con que personas con una esperanza de vida alta, personas con enfermedades crónicas quieren ser atendidas en su medio comunitario, y allí es donde tenemos que facilitar cuestiones como las que ya han salido, de la tecnología, de una integración entre profesionales, de circuitos más rápidos.

Hablamos, también, cuando hablamos en global, del tema de la despoblación rural. Tenemos, los profesionales de atención primaria, un sistema informático en el que podemos realizar consultas sobre la historia de pacientes. Los especialistas del primer nivel, porque yo también verán que no me canso de reivindicar que en atención primaria hay unos especialistas fabulosos, aparte de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, los especialistas de primer nivel, con los especialistas hospitalarios, pueden hablar sobre el paciente, pueden consultar



temas concretos de tratamiento, de adecuación de situaciones y evitar que ese paciente que vive en el Pirineo, que vive en otro sitio, tenga que andar desplazándose cien kilómetros.

Quiero decir, ese tema también está sobre la mesa cuando hablamos de cómo tenemos que empezar a trabajar, y cómo, porque también esta es una realidad, la población es diversa, la población, durante mucho tiempo, ha funcionado de una manera, y es verdad que, entre las medidas, por eso también contemplábamos el tema de racionalidad de los servicios en global, pero también contemplamos el tema de los profesionales, de tratar de la misma manera, con los mismos criterios, de tener una integración y una relación, de hablar de altas, de hablar de adecuación.

Miren ustedes, en esta Comunidad, cuando yo empecé a trabajar hace treinta años, a un paciente diabético, en atención primaria no se le ponía tratamiento con insulina. Tenía que ir a la lista de espera de un especialista en endocrino, si hacía falta. Bueno, pues hoy esa es la realidad de los centros de salud. ¿Por qué? Porque hay profesionales con formación, hay profesionales con actuaciones comunes, con protocolos, con criterios, pero, a veces, los protocolos, todos sabemos que no es escribir, avanzar y decir: «tenemos protocolos fabulosos escritos, y muy bien».

No, los protocolos tienen que vivirlos los profesionales, tienen que estar conectados, tienen que adecuarlos a las situaciones que tienen, porque también hay cuestiones que están saliendo aquí, que todos comentamos, del déficit de profesionales, que sabemos todo lo que está influyendo. Por supuesto que sí. Cuando comentaba usted, señora Ibarrola, que sonaba un poco esta palabra de «actividad compensatoria», que era llamarle...

Bueno, a ver, es que es lógico que, si resulta que en un servicio que tiene X profesionales, de repente hay dos profesionales menos, o hay una baja larga que no se puede cubrir porque no hay profesionales para cubrir, o se tiene derecho a una excedencia por hijos pequeños, afortunadamente, ¿qué ocurre? Que ese servicio no tiene los mismos profesionales para prestar esa atención.

Entonces, cuando hablamos de compensatoria, es para compensar una falta de profesionales que la teníamos contemplada que hubiera esa actividad, pero que no está. Lo mismo pasa también en atención primaria, cuando se investiga, o cuando uno hace una revisión bibliográfica de qué es una de las cuestiones que más influye en la derivación al segundo nivel es la longitudinalidad. O sea, el tener el mismo profesional, también resulta que, en este nivel, y todos sabemos que fruto de la mala previsión que ha habido en el tema de formación de especialistas, tenemos un déficit muy importante. Entonces, resulta que un profesional nuevo conoce menos al paciente, no es lo mismo una relación basada en la confianza, porque eso lo transmitimos a los pacientes, y eso ocasiona unas actuaciones u otras.

Todo este tipo de cuestiones a lo que me llevan no es a justificar. Yo creo que, en la parte más importante de mi discurso, lo que he hablado es de la otra mirada, de una mirada a futuro, a decir: «vale, el abordaje», porque también hemos seguido hablando de cifras, tantas cifras, tanto, pero hay mucho más, como he pretendido dejarlo en mi exposición.

Se ha hablado de aspectos, y recojo, y luego nosotros, como equipo, recogeremos todas sus aportaciones, porque ha habido aportaciones muy importantes, hay aportaciones que, además, son las que siempre nos salen, pero tenemos que ver cómo realmente poder transmitir esta innovación, que no es que sea, de repente, ocurrirse, sino cuestiones que las tenemos claras, ver cómo las podemos asimilar. Yo comentaba el otro día que es verdad que los cambios tecnológicos y las innovaciones nos cuestan mucho menos.

Que tampoco es que cuesten, porque el tema, por ejemplo, que se ha comentado antes, de la teledermatología, el poder mandar una foto de una lesión de un paciente y que te conteste el especialista del nivel hospitalario, informando, nos ha llevado a tener cámaras en los centros de salud, el tema de los dermatoscopios se va a implementar en todas las zonas. Y hace falta formación y organización, y hacen falta profesionales, también, que tengan un nivel de motivación para ello. Por eso comentaba antes la importancia, que también han comentado ustedes, de motivar a los profesionales.

Entonces, ¿mejora de la eficiencia? Por supuesto que sí, siempre es algo que debe regir nuestras actuaciones, y que tenemos que analizar. Han salido, también, cuestiones como la de profesionalización de la gestión, a distintos niveles. Por supuesto que en ello estamos, y que nuestro sistema es rígido para, a veces, tener modificaciones en este aspecto, que nos parecen muy importantes.

Otros datos cuantitativos que han salido, pues yo creo que, efectivamente, los iremos, y a todos, a ver, nos duelen, también, las listas de espera. Quiero decir, yo creo que eso es común. Pero el tema es que esto no nos va a anestesiar, está claro, a todos, a ustedes y a nosotros, y que lo que estamos planteando, quiero decir, precisamente, por esta situación, el plan de contingencia, o sea, a lo que nos lleva es a actuaciones de decir: esto no es aceptable, vamos a ver cómo lo modificamos.

Cuestiones como las que han salido, que si sale, que si se obliga, yo creo que sabemos en qué marco nos movemos de profesionales, y esto de obligar a hacer actividades extraordinarias, eso, realmente, no tengo constancia y me sorprende conociendo el nivel de organización profesional en el que me muevo.

Pero, vamos, qué duda cabe que hay cuestiones en las que, como comentaba antes, ante determinadas situaciones, actividad extraordinaria, que también, si no hay profesionales en primaria, a veces se plantea qué hay que hacer para dar atención a los ciudadanos, que, al final, nuestro objetivo, y es el que todos sabemos, es dar respuesta a esas necesidades en el lugar que sea más adecuado, por profesionales que tengan criterios similares. Todos los análisis que se han comentado, porque, efectivamente, aquí está ese reequilibrio entre la demanda, y hay situaciones muy variables entre los profesionales, que es lo que ya estamos trabajando, y la oferta, y esas situaciones de variabilidad, hay en los dos niveles del sistema.

Luego, dentro de eso, lo que tenemos que ver es esa interrelación de circuitos, de cómo sean circuitos ágiles, que hagamos a los ciudadanos que sean más resolutivos, y también hay una cuestión que es importante: cuando esto sale así para los profesionales, hay una mayor satisfacción, y ese es un tema importante. Los profesionales, y hay muchas cuestiones que salen por el buen hacer de todos los profesionales que están interviniendo en el sistema

sanitario, cuando se resuelven determinadas cuestiones y de la mejor manera, y, sobre todo, a nivel de salud de los ciudadanos, qué duda cabe que eso es de satisfacción para todos.

Pero que también, incidiendo en lo que comentaba antes, en atención primaria nos tiene que llevar a todos esos aspectos, que los tenemos contemplados, y que tenemos, yo había traído aquí, pero me parecería, no me lo han pedido, me parecería muy exhaustivo poner en el plan todas las líneas detalladas que tenemos, pero les aseguro que lo mismo que en el plan de contingencia está marcado qué nos marcamos hasta diciembre para lograr contención, como comentaba, y qué vamos a ir trabajando para que esto inflexione y que tienda hacia una estabilidad mayor, pues, desde luego, ese es nuestro objetivo, teniendo en cuenta que no podemos descuidar el trabajar desde atención primaria en la promoción y la prevención, porque eso va a influir, también, en las listas de espera, en la participación de la población, en contemplar aspectos sociosanitarios que están influyendo muchísimo, y que tenemos que darle una respuesta interdepartamental, y todo esto, también, va a influir en listas de espera, a largo plazo, pero tenemos que mirar desde esta visión.

Así que muchas gracias por todas sus sugerencias, por su recibimiento y su apoyo, y vuelvo a hacer la oferta de que aquí estaremos siempre que a ustedes les parezca necesario. Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Consejera. Finalizado el primer y único punto del día, antes de dar por concluida la sesión, quiero despedir a la señora Consejera, a la señora Induráin, al señor Artundo, al señor Mora, al señor Iribarren y al señor Apezteguía, y les agradezco su presencia hoy en esta Comisión. Se levanta la sesión. Muchísimas gracias.

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 38 minutos).