



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 10 de diciembre de 2019

NÚM. 4

---

**TRANSCRIPCIÓN LITERAL**

**COMISIÓN DE SALUD**

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

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 10 DE DICIEMBRE DE 2019**

**ORDEN DEL DÍA**

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la situación actual y las acciones que va a acometer su Departamento en relación con el proyecto de camas de convalecencia residencial y rehabilitación domiciliaria contempladas en el Plan de Mejora de Capacidad Funcional del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar los objetivos, prioridades, medidas y acciones previstas para esta legislatura desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

*(Comisión transcrita por la UTE Naturalvox-MondragonLingua)*

(Comienza la sesión a las 9 horas y 20 minutos).

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la situación actual y las acciones que va a acometer su Departamento en relación con el proyecto de camas de convalecencia residencial y rehabilitación domiciliaria contempladas en el Plan de Mejora de Capacidad Funcional del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Bueno, buenos días a todos y a todas. Egun on. Damos comienzo a la Comisión de Salud con dos puntos en el orden del día, el primero comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces para que la Consejera de Salud explique la situación actual y las acciones que va a acometer su departamento en relación con el proyecto de camas, de *Convalecencia Residencial* y *Rehabilitación Domiciliaria* contempladas en el Plan de Mejora de Capacidad Funcional del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

Nos acompañan para, bueno, para este primer punto la señora Consejera, señora Santos Induráin, y el señor Iribarren, su Jefe de Gabinete y el señor Carpintero, Gerente de Atención Primaria. Bienvenidos y bienvenida y muchísimas gracias por estar en esta Comisión. La solicitud de comparecencia ha sido registrada por el Grupo Parlamentario Navarra Suma, por lo tanto antes de dar la palabra la señora Consejera tiene la palabra la portavoz de Grupo Navarra Suma para explicar los motivos de su solicitud.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Bueno, muchas gracias, Presidenta, muy buenos días y bienvenida a la Consejera y al equipo que le acompaña. Sinceramente, Consejera, creo que esta comparecencia la podríamos haber evitado si se estuviera respetando más la cortesía parlamentaria de remitir la información que solicitamos a las preguntas escritas o a las peticiones de información, porque necesitamos disponer de la información necesaria, para ejercer nuestra labor de control del gobierno como Parlamentarios.

Ya centrándonos en el tema que nos ocupa, en una sociedad cada vez más envejecida, resulta prioritario impulsar intervenciones que mejoren la calidad de vida y mantengan la máxima autonomía de las personas el máximo tiempo posible. Aspectos que hasta hace unos años es verdad que no estaban en la agenda prioritaria de los sistemas de Salud, que han mostrado ser muy efectivos en lo que es el incremento de la supervivencia o el incremento de la esperanza de vida de la población, pero que habían dejado de lado, todo lo que supone en la capacidad funcional y la prevención de la discapacidad. Fue innovador en su día que en el Plan de Salud Navarra 2014-2020 una de las doce líneas estratégicas fuera precisamente la prevención de la discapacidad y la promoción de la autonomía de las personas y también el Plan de Mejora de la Capacidad Funcional que se elaboró en el 2016.

Es cierto que se han producido algunos avances, pero en determinadas líneas, ni el cronograma ni la estimación presupuestaria, desde luego, que estaba previsto en todo el plan se han acercado ni de lejos, a las estimaciones realizadas en el 16 y en las líneas concretas de la comparecencia, en la *Rehabilitación Domiciliaria* y la *Convalecencia Residencial*, los avances en estos cuatro años, usted sabe perfectamente, como nosotros que han sido prácticamente inexistentes.

Entendemos que son dos intervenciones muy necesarias, efectivas, eficientes, que mejoran la calidad de vida de las personas, mejoran el nivel de autonomía, previenen la discapacidad, previenen la dependencia y nos interesa conocer, si en estos cuatro meses que lleva al frente del departamento, se ha realizado algún tipo de avance que no conociéramos de la pasada, de la anterior legislatura y qué acciones con cronograma, con concreción y con presupuesto concreto va a llevar a partir de ahora el departamento tanto a corto como a medio plazo en estas líneas. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señora Ibarrola. Para su exposición tiene la palabra la señora Consejera, por un espacio máximo de treinta minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduña): Buenos días. Egun on. Muchas gracias, señora Presidenta, señoras y señores Parlamentarios. Como se ha comentado, nos piden en esta comparecencia el explicar la situación actual y las actuaciones que va a acometer el departamento con el proyecto de camas de comparecencia residencial y *Rehabilitación Domiciliaria* contempladas en el Plan de Mejoras de la Capacidad Funcional del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Son dos temas que son diferentes, pero es verdad que están interrelacionados, porque el objetivo es fomentar la autonomía de las personas y prestar los recursos sanitarios y sociales en el ámbito que sea mejor para esta finalidad.

Llevamos un camino andado, con mayores y menores aciertos y, en este caso como en otros, es importante realizar pilotajes y más cuando son apuestas que necesitan un enfoque interdepartamental, pero estamos decididos a extraer conclusiones y experiencias para ir hacia adelante como les comentaré al final de mi comparecencia. Una comparecencia que agradecemos, porque conecta directamente con uno de los compromisos en materia de salud que están suscritos en el acuerdo programático al que nos debemos, y de hecho en este acuerdo de legislatura se apuesta: por actualizar y desarrollar plenamente el Plan Sociosanitario Integral de Navarra, para los colectivos con necesidades especiales dotándolo de recursos suficientes; por extender el programa de Atención a Domicilio Sociosanitaria, para prevenir los ingresos en hospitales y centros residenciales y favorecer la permanencia en el hogar; por extender los programas de detección precoz de fragilidad y mejora de la rehabilitación funcional descentralizando la fisioterapia y la rehabilitación a domicilio, y esto lo trataremos de cumplir a lo largo de toda esta legislatura. Unos objetivos que como van más allá de los motivos de esta comparecencia, que es para abordar dos cuestiones concretas, las voy a pasar a exponer de manera separada e individualizada, ya que, aunque tienen puntos en común, en el enfoque, sí que tienen unas características y un devenir diferente. Por ello está conmigo, como se ha comentado Manuel Carpintero, que es el gerente de Atención Primaria de Servicio Navarro de Salud de Osasunbidea.

Pasando ya a los dos temas concretos, el de la *Convalecencia Residencial*, el Plan de Mejora de la Capacidad de Funcional tiene como objetivos generales el definir un modelo de atención para que las personas con discapacidad de toda la comunidad puedan mantener y alcanzar los mejores niveles de capacidad funcional, durante el mayor tiempo posible y en el entorno en el que viven, con criterios de equidad, de calidad en la atención, con mejoras en su calidad global, en cuanto a la asistencia rehabilitadora, que es la que pretendemos que se preste a los ciudadanos y ciudadanas en todo el territorio de Navarra, y promoviendo la activación, el

empoderamiento y la corresponsabilidad, tanto de los pacientes como de las familias y de las personas cuidadoras, en la toma de decisiones que van a estar relacionadas con la mejora y con el mantenimiento de la capacidad funcional.

También, por otro lado, la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria de Navarra 2019-2022 en su capítulo 6, se refiere al Plan de Mejora de la Capacidad Funcional y la *Rehabilitación Domiciliaria* señalando como contenidos la implementación de la *Rehabilitación Domiciliaria* para procesos definidos y la *Convalecencia Residencial* contemplada también en el proyecto de *Atención Sociosanitaria*, que está reseñada en la citada estrategia que acabo de comentar.

En el desarrollo de un modelo territorial descentralizado, se han iniciado varias acciones en el distrito de Tafalla encaminadas a la consecución de estos objetivos y acciones, que he comentado. En el año 2015, se pilotó, en el área de Tafalla, una experiencia de carácter residencial dirigida a personas que habían sufrido un déficit funcional por ictus o por fractura de cadera, experiencia que tuvo una corta duración en el tiempo y un número limitado de casos atendidos. Este programa, inicialmente, se planteó dirigido a las personas que tenían una necesidad de rehabilitación funcional precoz tras un proceso agudo, con terapias que estaban orientadas a la autonomía del paciente para facilitar su vuelta al domicilio. El proyecto de *Atención Integrada Sociosanitaria* que se viene trabajando también en la Comunidad Foral desde el año 2016, prevé de la dotación de recursos temporales que respondan a la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, generando estos recursos en el entorno más cercano a donde viven las personas usuarias. Esto que lo comento para hacer un poco de repaso hasta la actualidad, en el momento actual lo que se ha optado es por un proyecto que da cabida a las necesidades sociales y que contempla desde la prevención, detección y el trabajo conjunto de los equipos de atención primaria, social y sanitario.

Esta nueva forma de trabajo interdepartamental se ha implantado en el marco del distrito de Tafalla. El Departamento de Salud y el Departamento de Derechos Sociales consensuaron en mayo del 2018, la creación de un Equipo de Coordinación del Distrito Sociosanitario en Tafalla, que le llamaremos el acrónimo es Ecodis, Equipo de Coordinación de Distrito Sociosanitario con el objetivo de impulsar, coordinar y garantizar una atención sociosanitaria integrada adecuada y de calidad. El Departamento de Derechos Sociales dentro de esta coordinación ha sacado a concurso, recientemente, un proyecto de *Atención Residencial Sociosanitaria* que prevé que la estancia, esta estancia de *Convalecencia Residencial*, tendrá como duración máxima un mes, excepto circunstancias excepcionales que recomiende su prórroga. Exige también, que la entidad adjudicataria deberá prestar el servicio en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas. El número de plazas que se han sacado para este concurso de *Convalecencia Residencial*, se ha calculado teniendo en cuenta la experiencia piloto anterior, el número de casos con diagnósticos referidos, atendidos en este área de referencia y la experiencia del pilotaje que ha habido, como he comentado desde la creación de este Equipo de Coordinación Sociosanitario, que se ha llevado en los últimos meses con una cama de convalecencia, pero que comento estas camas se amplían de una, que es lo que estaba en estos últimos meses, a tres y la necesidad que se ha estimado, como momentos comento, es de tres camas de *Atención Residencial*, que se prestará en un establecimiento de este tipo residencial, para ofrecer una atención integral a las necesidades básicas tanto sanitarias, como

sociales y con especial hincapié en la rehabilitación funcional de las personas y en la preparación para su vuelta al domicilio o si no se consiguiera este nivel de autonomía, para derivación a otro establecimiento residencial pero ya con carácter definitivo o con carácter de más larga estancia.

Los objetivos de este proyecto son recuperar el mayor grado de autonomía posible para las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales, asegurar la continuidad de cuidados de la persona usuaria manteniendo la adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales que la atienden e integrando los servicios necesarios con el objetivo de dar una respuesta a las necesidades, tanto sanitarias como sociales, de forma global. La estructura, organización y funcionamiento del servicio se ajustarán entre otros a estos principios, que serán: promoción de la autonomía personal favoreciendo que la persona conserve y ejercite sus capacidades; atención integral, garantizando la adecuada cobertura de las necesidades de la persona, a través de la coordinación con otros dispositivos y recursos, así como con la coordinación interna de actuaciones basadas en la interdisciplinariedad; y una atención profesional orientada al mantenimiento de la salud, así como a prevenir las situaciones de dependencia reforzando la promoción de la autonomía y la rehabilitación de la funcionalidad que se ha perdido y que es el objeto de que esa persona esté en este medio.

El centro en el que se preste este servicio, debe contar con un Plan General de Intervención, en el que se enmarcan estos servicios y programas, y la estancia que se va a realizar, como he comentado, con un periodo de un mes, se va a desarrollar con el esquema que básicamente les voy a comentar. Previamente a que una persona ingrese en esta plaza de *Convalecencia Residencial*, el Equipo de Coordinación de Distrito Sociosanitario de Ecodis, remitirá al centro los informes sanitarios y sociales, así como los objetivos y el plan de cuidados que se proponen, teniendo también en cuenta, la pluripatología que puede tener esta persona y con el objetivo de facilitar el regreso a su domicilio en las mejores condiciones posibles. En el momento del ingreso en esta plaza de *Convalecencia Residencial*, el personal de enfermería de la entidad adjudicataria realizará una evaluación y junto con el resto del equipo, en el que habrá fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, acordarán un Plan de Intervención concreto para ratificar los objetivos que se marca el servicio derivante.

El seguimiento de estos objetivos de mejora funcional será realizado por el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional y se informará semanalmente al equipo de coordinación del distrito de la evolución. Desde su ingreso el Ecodis trabajará también, no solo junto a la persona usuaria sino también junto a su familia, la continuidad de la atención y los recursos que precisarán en el momento del alta, y en cualquier caso lo que se tendrán cuenta es el periodo máximo de estancia en este dispositivo de *Convalecencia Residencial*, que será como el comentado he comentado, de un mes y que únicamente se podrá prolongar si se prevé una consecución de objetivos a corto plazo que no se hayan conseguido, pero que en un corto plazo esté previsto que se consigan.

Cuando se produzca el alta, el equipo multidisciplinar del centro emitirá un informe con la evolución durante el período de estancia, con la situación funcional en que se encuentra la persona, las recomendaciones terapéuticas y un plan de cuidados. Este informe que irá a los profesionales de Atención Primaria y al Ecodis, permitirá que se realice una intervención

familiar y una organización y planificación de un alta para que en su llegada al medio habitual a su entorno y a su domicilio haya una continuidad en los cuidados y en la atención. Tras estas actuaciones y su implementación como he comentado en este año en el 2020, se realizará una evaluación de todo el proceso y se tomarán decisiones para que la concertación de plazas sea una prestación, que de manera progresiva y a lo largo de esta legislatura, vaya dirigida y se extienda a la totalidad de los ciudadanos navarros. Esto que he comentado es respecto a la *Convalecencia Residencial*.

Pasando al segundo punto de la petición de la comparecencia, al de la *Rehabilitación Domiciliaria*, también el acuerdo programático que da sustento al actual Gobierno, prevé actualizar y desarrollar el Plan Sociosanitario de Navarra mediante la mejora entre otros aspectos de la rehabilitación funcional y la descentralización de la fisioterapia y de la rehabilitación a domicilio. Es conocido que el 15 por ciento de la población presenta algún tipo de discapacidad y que las enfermedades musculoesqueléticas representan en términos de años vividos con discapacidad, la segunda mayor carga de enfermedad y son el segundo grupo de enfermedades que producen mayor número de años vividos con incapacidad después de los trastornos mentales.

La Organización Mundial de la Salud en su Plan de Acción Mundial sobre Discapacidad 2014-2021 de mejor salud para todas las personas con discapacidad, insta a los gobiernos a reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación descentralizando el modelo de atención y acercando la rehabilitación al entorno del paciente con el fin de lograr la máxima capacidad funcional posible. A nivel nacional la *Rehabilitación Domiciliaria* es una modalidad que se ha ido implementando en un número progresivamente creciente de comunidades autónomas y a nivel internacional también se incluye en la mayor parte de las estrategias de mejora.

Los países que más han avanzado en la elaboración de planes estratégicos de rehabilitación conciben la rehabilitación en un concepto amplio y con unas líneas comunes, la descentralización y la activación de las personas y el entorno cercano, acciones dirigidas a conseguir que las personas alcancen la mayor capacidad funcional utilizando los recursos de una manera descentralizada. La *Rehabilitación Domiciliaria* va qué duda cabe a las personas con discapacidad, pero también va a la persona cuidadora en el entorno en el que ambos se van a desenvolver. Aporta, entre otros, el valor añadido de formar a la persona cuidadora en el entorno donde vive la persona discapacitada.

En Navarra, al no disponer de este modelo de atención supone dedicar a pacientes en los que sí que estaría indicado este recurso, recursos que son menos eficientes y desaprovechar, por otro lado, el potencial terapéutico de las personas cuidadoras. Por otro lado, también en situaciones de vulnerabilidad clínica especial o en la asistencia de barreras arquitectónicas, la ausencia de esta modalidad puede suponer, qué duda cabe, una inequidad al no ofertar este recurso a las personas que en realidad tienen mayor necesidad de él. Las estimaciones de necesidades de *Rehabilitación Domiciliaria* no son fáciles, porque están influidas por distintas variables, en ellas está la edad. Somos conscientes de un envejecimiento de la población, de una mayor esperanza de vida y también, es verdad que en los modelos que tenemos alrededor hay heterogeneidad.

Con base en la experiencia de otras comunidades autónomas donde se ha implantado la *Rehabilitación Domiciliaria*, se estima que inicialmente el implantar esta prestación, precisarían esta modalidad asistencial un 0,5 por ciento de las personas mayores de sesenta y cinco años. Probablemente, estas necesidades se irán incrementando con el tiempo al implantar un servicio de este tipo y se alcanzarán cifras más próximas al 1 por ciento en la población mayor de sesenta y cinco años, cuando ya sea un sistema que esté consolidado. El planteamiento de iniciarlo en nuestra Comunidad es a las personas que tienen un déficit funcional tras un ictus o que tienen problemas osteomusculares, como fractura de cadera, artroplastia, son prótesis de intervenciones con prótesis de cadera o de rodilla y síndrome de inmovilidad. El programa de Atención Fisioterapeuta estará dirigido a revertir esta pérdida de capacidad funcional, así como, a evitar o atenuar las complicaciones derivadas de patologías agudas como estas o también de reagudización de patologías crónicas que acaban condicionando la capacidad funcional de las personas.

El Departamento de Salud se propone sacar a licitación en el segundo semestre del 2020 el Acuerdo Marco para la Prestación de *Rehabilitación Domiciliaria* a cargo del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea y dirigido a todas las personas cuya asistencia sanitaria corresponda al propio Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. La asistencia será de una duración limitada en tiempo. La prescripción será competencia del médico rehabilitador y los objetivos, serán objetivos medibles dirigidos a la consecución de estos objetivos previamente marcados, según qué situación tenga el paciente y la recuperación funcional contará con escalas de valoración en la que tomen un papel activo las personas a las que va dirigida. Esto es lo que tengo que contarles. Mila esker. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Consejera. Comenzamos con la intervención de los diferentes grupos y para su exposición tiene la palabra al portavoz de Navarra Suma la señora Ibarrola, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. Bueno, gracias por las explicaciones, pero tengo la sensación de que estamos escuchando la misma música, exactamente la misma música, que al inicio de la legislatura anterior sin ningún avance exactamente lo mismo.

De las estrategias, de las doce estrategias prioritarias del Plan de Salud, todas entre el 2014 y el 2015, al final de la legislatura última de UPN y al principio de la legislatura del cuatripartito, tenían designada una persona responsable y un comité técnico, todas excepto dos, que el Gobierno anterior decidió no hacerlo y fueron precisamente, la Estrategia de Discapacidad y Promoción de la Autonomía y la Estrategia de Cuidados Paliativos y Dolor. Se tardó más de dos años en constituir el Comité Técnico de la Estrategia de Discapacidad, lo sabe bien y todavía no se ha constituido ni hay responsable de la de Paliativos y Dolor que tienen ciertas inercias. Y además, a una pregunta que le hemos hecho, nos ha dicho que todavía necesitan seis meses en la de Paliativos y Dolor, para hacerlo se van a comer el Plan de Salud en su vigencia de seis años para poder empezar a definir la estrategia en esto. Pero bueno, los objetivos y los proyectos los compartimos, es evidente que los compartimos, lo que necesitamos es, no sé, impulsar las acciones que no se han hecho.

Mire, el 2 de junio del 2017, el entonces Director de Asistencia Sanitaria al Paciente, hoy Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra, con su nuevo equipo, dio una rueda de prensa,

por cierto, han pasado más de cuatro meses, abro un paréntesis, desde que es Consejera y todavía no ha completado el equipo directivo del Complejo Hospitalario de Navarra, yo creo que va batir récord en hacer equipo, pero bueno, en esa rueda de prensa presentó el Plan de Capacidad de Mejora de la Capacidad Funcional, que estimaba un 10,6 millones de euros y cuánto se ha invertido en toda la legislatura exactamente en el Plan de Mejora de Capacidad Funcional. Solamente en las dos líneas que nos traen hoy, la *Rehabilitación Domiciliaria* y la *Convalecencia Residencial* tenían que haberse invertido, estaba previsto más de 3 millones de euros y cuánto se ha invertido, le ayudo, en *Rehabilitación Domiciliaria* nada, nada y en *Convalecencia Residencial*, ya nos lo dirán, pero intuyo que una cama en Tafalla desde junio, es decir, con ya un gobierno en funciones, después de haber pasado los cuatro años sin haber implementado tampoco nada. Esto sí que era una responsabilidad suya entonces como gerente de Atención Primaria, el de la *Convalecencia Residencial*, no el de la *Rehabilitación Domiciliaria*. Le preguntamos además por esto, en una pregunta también en una petición de información y bueno, tampoco nos facilitó datos de la evaluación porque lleva poco tiempo. Ahora, hoy, yo creo que tiene una buena oportunidad para explicarnos exactamente con esa cama, qué ocupación ha tenido, qué resultados ha tenido, no sé, que nos diga algo más de detalle que es un poco lo que pretendíamos con esta comparecencia.

Y fíjese si hubieran invertido esos 3 millones, que evidentemente no han invertido, aun así, para 2020 estaban previstos en estas dos líneas solamente 1.800.000 € para dar respuesta a los objetivos planteados y que compartíamos, yo creo, que todos los grupos que estamos aquí. Entonces, la pregunta es muy concreta, qué partidas presupuestarias van a incluir en 2020 para estas dos líneas, pero con concreción, que yo creo que a estas alturas si tienen claro el despliegue lo tienen que tener ya más o menos claro. Y en esa, voy a ir por partes, primero la Realización Domiciliaria, el orden lo voy a cambiar, luego la Convalecencia, da igual. En la misma rueda de prensa de ese 2 de junio del 2017, se comprometieron a implantar la *Rehabilitación Domiciliaria* en ese mismo año, en el 2017 y qué se ha hecho desde entonces, mire, se trabajó lo conoce perfectamente a nivel técnico, entre enero y en junio se definieron porque están ya definidos, lo que nos ha contado ya está definido, es decir, se hicieron las estimaciones -las conozco bien porque las hice yo- se definieron perfectamente los protocolos de los cinco procesos de *Rehabilitación Domiciliaria* que ha explicitado más o menos, están perfectamente definidos y trabajados con los médicos del Servicio de Rehabilitación y la alta Dirección de Salud en ese momento decidió externalizar la prestación, algo que ya entraré luego, pero ya ha dicho que la iban a licitar para 2020. Estaba previsto en el 2017 iniciarlo en la comarca de Tafalla, en el área de Estella y en el área de Tudela y desplegarlo todo en el 2018 y no entendemos muy bien por qué se paralizó, porque los pliegos, en los que también participamos, estaban también terminados.

Entonces, sí que nos gustaría que nos diera algún tipo de explicación o se decidió paralizar porque no les parecía importante, cosa que dudo, porque nos ha vuelto a decir aquí, que es algo muy, muy prioritario para ustedes, pero las prioridades se demuestran con acciones, no con palabras vacías o quizás desde Salud se decidió externalizar la prestación y después, o bien, no se pusieron de acuerdo con los socios del cuatripartito para poderla externalizar, cosa que puedo entender por la coherencia de criticar las privatizaciones, pero por otro lado, meterlas como para pasar a un tanto desapercibidas, no sé, probablemente esté ahí, pero sí



que me gustaría, que nos dieran una explicación a esto, porque realmente mantener la coherencia en esto y hacer otra cosa, me parece complicado.

Mire, nosotros no le vamos a decir si tiene que externalizar o no tiene que estar externalizar el servicio, o sea, no nos parece lo relevante. Esperamos que la decisión la tome con criterios de factibilidad, de calidad y de eficiencia, y que con absoluta transparencia, con recursos propios o externalización, ya defenderá qué decisión toma al respecto, aunque parece que ya que ya la ha adelantado, que no dilaten más la garantía de este servicio, porque ya lo ha adelantado y es verdad, en las estimaciones, son setecientas personas al menos el primer año, las que se podrían beneficiar si solo empezamos con esos cinco protocolos serían mil cuatrocientas cuando ya estaría más consolidado el servicio, pero sólo con esos protocolos, y sabemos perfectamente que hay más perfiles de pacientes que se ven beneficiarían, de este tipo de prestación. Una prestación en la que, efectivamente, está involucrado en el entorno del paciente, con equipos interdisciplinarios, con una atención integral integrada en la que participa también el cuidador y que, vamos que no vemos razón alguna para que no se haya hecho nada hasta ahora.

Efectivamente, la mayoría de comunidades en los últimos años, porque ya ha dicho al principio de la intervención que esto no estaba en la hoja prioritaria de ningún servicio inicialmente, si en servicios más del norte de Europa, como bien ha dicho y, efectivamente, comparto que se está produciendo una inequidad, porque hay muchos pacientes que por dificultades para desplazarse están rechazando otro tipo de prestación rehabilitadora y vamos, ahí estamos renunciando a mejoras muy importantes y con mucho menor coste a largo plazo, por temas de discapacidad y de dependencia.

Y cuando hablamos de recurso de *Convalecencia Residencial*, créame que me deja todavía más aturdida, cómo no vamos a compartir el proyecto que ha dicho de Tafalla, que se incluye en 2015 y al que ha hecho referencia, que fue muy cortito en el tiempo y con pocos pacientes. Fue muy corto en el tiempo y con pocos pacientes, porque ustedes lo paralizaron sencilla y llanamente, fue un proyecto muy costoso de sacar, muy costoso se lo aseguro. Pero empezó, tenía una duración de seis meses y había que renovarlo y se podía renovar de forma automática. Aquí no le echo ninguna responsabilidad a usted, porque no la tenía, porque en ese momento no estaba en la Dirección de Salud cuando se decidió no renovar ese, el compañero que tiene al lado que hace que sí, sí, pero casualidad tuvo protagonismo, vamos preferente en esto la Consejera de Derechos Sociales y es un proyecto que, efectivamente, requiere de una integración sociosanitaria muy importante. No entendemos por qué decidieron dejar a toda la comarca de Tafalla con algo que ya estaba hecho, sin esta prestación, no lo entendemos de verdad. Y ahora, cuatro años después, estamos pensando exactamente lo mismo, porque define lo mismo que estaba definido en 2014, sí, lo mismo.

Mire, en aquel momento el servicio que se implantó tenía camas de *Convalecencia Residencial*. Tenía modalidades, modalidades de Rehabilitación en Centro de Día que ustedes, cuatro años y medio después, todavía no han implantado en Tafalla, en donde se hizo el piloto y tenía también *Rehabilitación Domiciliaria*, que tampoco hemos empezado a poner.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Tiene que ir acabando señora Ibarrola.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Entonces, sinceramente, nos parece una absoluta incoherencia. La evaluación además, de prácticamente todos los agentes, tanto profesionales como pacientes, fue muy positiva y también la tienen y lo saben. Entonces, cómo explica que a día de hoy, este proyecto que usted llevaba liderando dos años, porque lideraba el proyecto de *Sociosanitario* de Tafalla, que incluya el de *Convalecencia Residencial*, no haya pactado precisamente nada, cuáles han sido las dificultades, cómo la va a abordar y en qué plazos, en qué condiciones, cómo han sacado esa plaza que han puesto exactamente, cuál ha sido el procedimiento -estoy terminando- de la plaza de Tafalla, cómo van a hacer la adjudicación en el 2020 y nos gustaría más detalle de ese despliegue al que hace referencia a lo largo de toda la legislatura. Sobre todo, no disponer de estos recursos y retrasarlo tanto en el tiempo, sabe y conoce muy bien, que nos está haciendo tener más costes al sistema, con unas prestaciones mucho más inadecuadas que están en estancias hospitalarias, que no precisan estancias hospitalarias con más efectos secundarios por diatrogenia y con recursos que podríamos utilizar en algo mucho más eficiente y que aportará mayor valor a los pacientes.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Señora Ibarrola, no nos va a dar tiempo.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Nada más, muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Continuamos con el Grupo Parlamentario Partido Socialista de Navarra, tiene la palabra su portavoz la señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta, gracias a la señora Consejera, al señor Carpintero por acompañarnos en esta comparecencia y por toda la información que nos han emitido que desde el Partido Socialista le encontramos muy interesante. Efectivamente el acuerdo de programa en su punto 3.3 en el apartado 5, recoge explícitamente la extensión del programa de atención a domicilio en hospitales y en centros residenciales y la mejora de la rehabilitación funcional con rehabilitación a domicilio.

En cuanto a la *Convalecencia Residencial* o *Atención Residencial Sociosanitaria*, en el año 2015, siendo usted directora general, señora Ibarrola, en el mes de julio se comenzó un proyecto piloto en el área Tafalla, un proyecto de *Convalecencia Residencial*, para pacientes exclusivamente con patología ictus y/o con fractura de pelvis o de cadera. Este proyecto se realizó de forma conjunta con la residencia Hospital de Nuestra Señora de la Caridad de Tafalla, ofertaba tres camas residenciales y seis plazas en modalidad de rehabilitación funcional, como usted muy bien, ha explicado y tuvo una vigencia de seis meses, nadie le acortó el programa, la vigencia del programa era de seis meses. Además el resultado de este pilotaje, que posteriormente se hizo un análisis de cómo había resultado este pilotaje fue que además sólo se utilizó en los casos de fractura de cadera y además que este programa fue insuficiente. Ese fue el resultado del pilotaje.

En la anterior legislatura, en marzo del 2018 se puso en marcha el PIAS el 20 el Plan Integral de Atención Sociosanitaria, que era un modelo de coordinación, tanto el Departamento de Salud como del Departamento de Derechos Sociales y era un proyecto muchísimo más ambicioso, más integrador y más multidisciplinar que el pilotaje que había comenzado en el año 2015, en Tafalla. El acceso era indistinto, tanto por vía sanitaria o por vía de servicios sociales y estaba

dedicado, no solamente a personas con patologías ictal o postoperados de cirugía traumatológica. Eran personas con altas necesidades, tanto sanitarias como sociales. El objetivo de este programa era facilitar a las personas de la comarca el mayor grado posible de autonomía, calidad de vida en su actividad diaria y de la persona afectada y del cuidador principal para que deseen y puedan permanecer en su hogar durante el mayor tiempo posible, previniendo con ello la institucionalización y la necesidad de constantes ingresos hospitalarios, como ustedes ya saben.

La derivación en este programa se basaba en criterios y se basa en criterios funcionales, sociales y sanitarios. Y era destinado, como ya hemos dicho, a personas con altas necesidades, no solamente a personas que habían padecido un ictus o que habían sufrido una intervención de fractura de cadera, o pelvis. Dentro de este proyecto, como ya ha comentado la señora Consejera, se encuentra un Equipo de Coordinación Sociosanitaria, el Ecodis, que cuenta con profesionales sanitarios de Enfermería, Atención Primaria y profesionales de Trabajo Social, es un equipo multidisciplinar. El pilotaje que usted realizó en 2015, fue un pilotaje que se quedó en muy poco, fue muy insuficiente para dar cobertura a todo el área de Tafalla. Damos la enhorabuena y felicitamos a ambos departamentos, tanto al Departamento de Salud como al Departamento de Derechos Sociales, por ese concurso que para el proyecto de *Atención Residencial Sociosanitaria* que, como muy bien ha explicado la Consejera, va a ser un total de tres camas, no sé si lo ha nombrado, pero yo creo que también es relevante que se nombre aquí, que va estar exento de copago y que se podrá prorrogar en función de las necesidades de los pacientes. Y desde luego, animamos desde el Partido Socialista de Navarra a que se vaya implementando en otras zonas de Navarra y que se haga una buena planificación de este proyecto, que no nos cabe la menor duda.

En cuanto a la *Rehabilitación Domiciliaria*, creemos que es necesaria una perspectiva integral y multidisciplinar. Desde el Partido Socialista Navarra pensamos que es una experiencia innovadora en el manejo en domicilio, después de que el paciente haya pasado por una crisis aguda. Desde el punto de vista de las agudizaciones en la enfermedad crónica a los pacientes crónicos complejos es conocido el riesgo que supone la hospitalización para pacientes mayores, especialmente los más frágiles, que presentan una alta vulnerabilidad, con una elevada prevalencia de *delirium*, deterioro funcional o complicaciones de la inmovilidad durante la hospitalización, entre las complicaciones más destacadas. El modelo Hospitalización Domicilio Integral, que es un modelo que de forma integral conforma equipos mixtos, sanitarios y rehabilitadores, es adecuado en pacientes dados de alta, sobre todo, como muy bien ha nombrado la Consejera de manera temprana en pacientes que han sufrido un ictus o que han sufrido procesos ortogerátricos. Es donde se ha visto que tiene mayor rentabilidad y mayor eficacia esta *Rehabilitación Domiciliaria*.

A modo de resumen, la hospitalización en domicilio, en casa, se asocia, como todo el mundo sabemos, a una tasa de la mortalidad, a una reducción de la tasa de reingreso y a la reducción de la tasa de costes. Además, comporta sobre todo una mayor satisfacción en los pacientes y en sus cuidadores, sin cambios en el estrés de estos. En este sentido, en España el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Cataluña fue pionero en poner en marcha un Servicio de Rehabilitación en España, que fue financiado al cien por cien. También en el Servicio Andaluz se han puesto, hay experiencias en *Rehabilitación Domiciliaria* y animamos y

apoyamos la iniciativa de este Gobierno, la propuesta a sacar a licitación en 2020 el Acuerdo Marco para la Prestación de la *Rehabilitación Domiciliaria*.

Concluimos diciendo que desde el Partido Socialista en Navarra se debe apostar por esta iniciativa, hacerla extensible en lo posible en la mayoría de las patologías que provocan dependencia y sin quedarse estancada en una iniciativa puntual. Queremos felicitar y dar la enhorabuena al Departamento de Salud y a todo ese equipo por la implantación del programa también de Teleneurorehabilitación en el Complejo Hospitalario de Navarra, que ha sido un modelo pionero, que se ha implantado recientemente con la aplicación de nuevas tecnologías y que se puede realizar también desde domicilio, darles la enhorabuena por esta iniciativa pionera. Desde el Partido Socialista Navarra apostamos por las políticas del *homecare*, políticas que acerquen los servicios sociosanitarios al entorno de los pacientes para mejorar en la medida de lo posible su grado de autonomía, su calidad de vida y también la de sus cuidadores. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Fanlo. Continuamos con el Grupo Parlamentario Geroa Bai, antes de darle la palabra a su portavoz, darle la bienvenida a esta Comisión y decirle que es un placer tenerla en esta Comisión. Ahora sí, le damos la palabra a la señora Ansa, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Buenos días, bueno, me estreno hoy en la Comisión, así que espero que no seáis demasiado duros conmigo y luego veremos. Gracias, Presidenta, gracias, Consejera, Señor Carpintero, Jesús Iribarren, muchísimas gracias por venir. Bueno, antes que nada, yo creo que como decía la compañera de Navarra Suma todos estamos de acuerdo con objetivos y programas y más con el Plan Sociosanitario. Si en este momento la salud tiene un reto, ese es el reto del envejecimiento, el reto de la dependencia y el reto de la calidad de vida de todas estas personas, tanto personas cuidadoras como personas que necesitan los cuidados.

Dicho esto, estoy un poco sorprendida de la primera parte de la intervención, porque da la impresión de que las cosas surgen por generación espontánea en un momento dado, es decir, que el anterior cuatripartito y el presente cuatripartito ha llegado y se ha encontrado con las mejores condiciones posibles para llevar a cabo todos los programas con todos los recursos y con todos los medios. Bueno, cómo contaría yo que esto no fue así, que el anterior cuatripartito tuvo muchos problemas financieros y de liquidez económica y tuvo muchos problemas para, en concreto, en el tema de Salud, reorientar un montón de servicios y un montón de situaciones. Yo comparto que el anterior cuatripartito dedicó mucha energía a reorganizar y reorientar, y espero que este cuatripartito pueda llevar adelante todos, realmente, los pilares que se fueron poniendo de cara a que se pueda desarrollar esto, una de las cosas más importantes que tenemos entre manos en la Salud, el Plan Sociosanitario.

El Plan Sociosanitario suena muy bien y tiene todas las palabras que yo creo que todos los que estamos aquí, estamos encantados tiene la palabra autonomía, tiene la palabra interdepartamental e interprofesionalidad, que esas son dos de las cosas que más nos suele costar coordinar, que esa ha sido otra de las palabras claves y, claro, no partíamos de los mejores medios, partíamos de una situación compleja y se empezaron a dar algunos pasos y esto no se puede resolver en una legislatura ni en legislatura y media. Esto nos va a llevar bastante tiempo. Quiero decir, que lo que se inició antes que llegase el cuatripartito tiene que

desarrollarse en este segundo cuatripartito y ahí estaremos y realmente estamos comprometidos con eso, y yo creo que todos, Geroa Bai, desde luego, está comprometido con eso. Más cosas que se me ocurren, todo el rato, yo también políticamente correcta, habló de personas cuidadoras. Bueno, a este plan hay que echarle una mirada de género tremenda, porque si algo son las personas cuidadoras son mayoritariamente mujeres y si algo daña en gran parte la salud de las personas cuidadoras es el cuidado continuo, el cuidado continuo y el cuidado, no de 365 días, de eso y algún día más que se sacan de la manga y bueno, ponerle una mirada de género a este plan me parece fundamental. Qué más cosas quería yo contar con esto sí, salud en todas las políticas y para llevar a cabo este plan hay que poner salud en otras políticas, no solamente salud en Salud. Y esto es lo que quería decir del Plan. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ansa. Continuamos con el Grupo Parlamentario EH Bildu tiene la palabra su portavoz, el señor González, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, lehendakari andrea. Muy buenos días a todos. Egun on guztioei. Quiero agradecer la exposición de la Consejera y aunque comparto algunas de las críticas que por parte del Grupo de Navarra Suma se han hecho, sí que yo creo que, también hay que asumir responsabilidades que como parte, yo creo, que bastante protagonista del diseño y el desarrollo de la Salud Pública en Navarra ha tenido este grupo, es decir, las estrategias sobre Discapacidad, yo creo que los primeros estudios se hacen en el 2009 a nivel estatal y sin embargo, durante esos seis años que tuvisteis las responsabilidades no se desarrolló ninguna estrategia en Navarra de forma integral.

Entiendo que se podía haber hecho más, pero además, ocurre una cosa que es tremendamente traumática para la Sanidad Pública, es decir, llega una crisis y el Gobierno de UPN siendo Consejera Marta Vera, reduce el Presupuesto Sanitario un 20 por ciento, un 19 por ciento en concreto, qué pasa que teníamos unos servicios implantados. Para poder recuperar los servicios que ya estaban implantados, el cuatripartito anterior tuvo que hacer esfuerzos impresionantes para cuadrar y que no se cayese más todavía, una estructura que para nosotros tenía muchos déficit y que sigue teniéndolos y ¿por qué tiene déficits? también por algunas responsabilidades. Y lo dije el otro día, en la anterior Comisión de Salud, unos déficits históricos que también tiene unas responsabilidades, porque durante los dieciséis años de mandato de UPN, se ha infrafinanciado a la Sanidad Pública. Si vemos un poco los gastos medios según el Producto Interior Bruto de las comunidades, veremos que Navarra dedicaba entre el 4 y 4,5 y en común máximo del 5 por ciento de su Producto Interior Bruto, a mantener la Sanidad, cuando la media en países desarrollados estaba siendo sobre el 8 por ciento. Eso supone entre 100 y 150 millones de euros que se han dejado de invertir en Sanidad durante muchísimos años.

A eso me refería en la anterior Comisión de Salud, es decir, ese dinero nos podía haber permitido a la Sanidad Pública haber desarrollado unas infraestructuras necesarias para atender, no solo lo que sería el trabajo hospitalario y la Atención Primaria, sino también todos estos ámbitos sociosanitarios que ahora se consideran que son de bastante importancia y que durante muchísimos años se han abandonado, es decir, para nosotros es claro que ha habido

durante demasiado tiempo una visión muy hospital-centrista y muy médico-centrista y se han olvidado otros factores que afectan a la Sanidad y que afectan a la salud de las personas y que ahora se está intentando desde el anterior Gobierno y esperemos que también desde este, empezar a corregir y empezar a poner, por lo menos las bases que puedan servir para atender de la mejor forma y en el entorno más favorable, a todas las personas que lo necesitan.

Sí que tengo, bueno, algunas cosas, me habéis aclarado, porque sí que tenía dudas en cuanto a la financiación del servicio, sobre todo, el tema residencial, ¿por qué?, porque lo que, desgraciadamente, tenemos es una necesidad de infraestructuras para atender en media y en larga estancia a estas personas y sí que por nuestra parte, sí que uno de los objetivos y yo creo que se deberían marcar por parte del departamento, es sentar las bases para que esta atención, estas prestaciones a medio o largo plazo se puedan hacer de forma directa y no depender de iniciativas privadas que con toda la buena voluntad siempre tienen intereses que no son los mismos que la Sanidad Pública.

También me gustaría saber si con todo lo que es el programa de la Fisioterapia en la fase en la que se encuentra y el desarrollo que pueda tener en estos próximos meses y años, más que nada porque en mi zona y sí que sé que se ha implantado ya fisioterapia, la zona básica de Cintruéñigo, Corella, nos gustaría saber un poco qué resultados están teniendo y las posibilidades de ir incrementándolo en el resto de las zonas básicas de Navarra. Nos gustaría también saber un poco qué organización territorial se puede, o tiene pensado desarrollar a nivel residencial, sabemos que es lo que se ha hecho con Tafalla y nos gustaría saber para las distintas áreas de Navarra si tienen también planes y fases y un cronograma más o menos específico para cada uno de ellos.

Más cosas, sobre todo, ¿por qué se están dando en estos retrasos? Sí que nos gustaría saber si es por problemas de gestión, de los procedimientos, si es problema de liquidez, de falta de financiación, si es falta de otro tipo de recursos de índole de, faltan rehabilitadores, es algo que es evidente, no hay forma de contratar profesionales de esta especialidad por distintas causas. Nos gustaría saber un poco la casuística que está llevando a que estos retrasos se vayan alargando en el tiempo.

Luego, también decir que desde luego no pensamos como Navarra Suma, no nos da igual quién preste los servicios, para nosotros y nosotras en EH Bildu es primordial que estos servicios se presten de forma directa y por personal propio. No creemos que una planificación de algo que creemos que tiene que ser una línea básica de trabajo, a lo largo de los próximos años, acabe siendo un posible nicho de negocio y un posible nicho de confrontación de intereses y sobre todo, porque la experiencia que tenemos con otros servicios privatizados no ha sido la más óptima. Creo que ahí, por parte de Navarra Suma también tienen que ser conscientes de que la apuesta que se ha ido haciendo, a lo largo de los años, de potenciar como ha sido San Juan de Dios u otros conciertos con otros centros privados, lo que ha hecho es restar iniciativa y recursos a la Sanidad Pública y no desarrollar nuestras propias infraestructuras para atender todas estas necesidades, y creo que es interesante o para nosotros es imprescindible que eso se vaya poniendo las bases para que en un futuro lo más cercano posible, toda la atención sanitaria, toda la prestación de lo que es la Cartera de Servicios Públicos se haga desde la Sanidad Pública. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señor González. Ante la ausencia de la Agrupación de Parlamentarios y Parlamentarias de Podemos-Ahal dugu, para finalizar el turno de intervenciones, tiene la palabra por parte del Grupo Mixto-Izquierda-Ezquierda la señora De Simón, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias, señora Presidenta. Egun on. Buenos días, señora Consejera, señora Induráin, bienvenida a usted y a todas las personas que le acompañan de su equipo, gracias por su exposición. Buenos días, egun on, Parlamentarios y Parlamentarias. Y bienvenida, señora Alsa, a este Parlamento. Bueno, yo voy a marcar mi posición unipartita, quiero decir, voy a marcar la posición de Izquierda-Ezkerra en esta cuestión. Yo creo que es, bajo nuestro punto de vista, yo creo que es evidente que el proyecto o los proyectos de cama de *Convalecencia Residencial y Rehabilitación Domiciliaria* puede mejorar y además de manera considerable la atención a los pacientes, a las personas a las que va dirigida, en eso no tenemos ninguna duda. Tampoco tenemos ninguna duda en que esa atención se debe realizar en el entorno más favorable, en el entorno no sólo sociosanitario, sino también psicosanitario en función de la situación de cada uno de los pacientes, tal y como se define perfectamente en el proyecto. La coordinación entre Salud y el Departamento de Derechos Sociales también es fundamental para un uso coordinado, más eficaz y más eficiente, lo decía también la señora Ibarrola, de esos recursos sanitarios y sociales.

No obstante, lo que veo aquí, nosotros lo que vemos aquí en este momento es una experiencia, un proyecto, un proyecto, una experiencia, que yo entiendo, nosotros entendemos que el ensayo y el error puede ser un buen procedimiento para ir sacando conclusiones y concretando, pero concretando qué. Bajo nuestro punto de vista, habría que ir hacia un modelo, hacia un modelo general de atención, ese modelo requiere una estructura, una estructura concreta y un plan de implantación y de generalización y aquí viene poco nuestra discrepancia, nuestra duda, porque entendemos que una experiencia vale en un momento determinado. Estamos hablando en estos momentos de un proyecto que va a tener, entiendo unos 44.500 habitantes, repartidos en veintiséis municipios, pero de lo que se trata aquí es de realizar, de determinar qué modelo, qué estructura se va a implantar o va a determinar, va a concretar el Departamento de Salud para que esta atención sea generalizada.

Aquí, en este punto, es donde me surge a la duda. Si el objetivo de estos programas es coordinar todos los recursos. Bueno, el primer objetivo a mejorar la atención de las personas a la que va dirigida, pero a través de la coordinación de todos los recursos sanitarios y de todos los recursos sociales, por qué se externaliza esta prestación, le pregunto, igual la pregunta le parece un poco ingenua, pero es que no he terminado de entender. Si se externaliza solo lo que son las camas o dónde están las camas o se externaliza la atención global a, pero lo pregunto porque no lo he entendido, a todas estas personas.

En todo caso, insisto, para para nosotros creemos que hay que avanzar en ese modelo general, pero hay que avanzar también en la financiación. Lo decía el portavoz de EH Bildu ahora y, señora Ibarrola, me dirijo a usted, no a usted en particular, me dirijo a Navarra Suma que cuando sus propuestas fiscales son todas propuestas de reducción de ingresos, entonces yo me pregunto, cómo piensan financiar todos estos servicios, porque evidentemente es como hubiera aquí una caja de Pandora, o el maná que cae del cielo si es que existe o bueno, de las

nubes, con toda la financiación suficiente. Por lo tanto, yo creo que este tipo de programas, o este tipo de discursos, o este tipo de propuestas, tienen que ir siempre acompañadas de el objetivo final, dónde se quiere ir, cuál es el modelo, es público, es privado, cómo se va a hacer la gestión y de una financiación que los sostenga. Si no, lo demás es, me van a permitir, hablar por hablar, lo cual no quita que comparta la exposición que usted ha hecho, que comparta que este programa siga adelante, pero yo creo que hay que darle un empujón en esta legislatura, bajo nuestro punto de vista, un importante empujón pero para eso, para que tengamos un modelo ya no vale con una experiencia después de tantos años. Nada más y muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señora De Simón. A continuación, haremos un espacio de cinco minutos para que la señora Consejera y su equipo preparen la réplica. Por lo tanto, suspendemos la sesión por un espacio de cinco minutos.

(Se suspende la sesión a las 10 horas y 17 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 10 horas y 25 minutos).

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Reanudamos la sesión y para su turno de réplica, tiene la palabra la señora Consejera, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduña): Bueno, reitero la bienvenida a la señora Ansa, Parlamentaria de Geroa Bai. Bienvenida, es un placer contar con usted. Primero comentar, por la intervención de la Parlamentaria de Navarra Suma, cuatro años después no se ha hecho nada, no se ha avanzado nada, discrepo totalmente, sí ha cambiado el enfoque. Hay un enfoque que es más amplio y hay un enfoque, como se ha comentado, que es un enfoque sociosanitario. Se ha empezado de esta manera por reformas importantes sobre todo interdepartamentales que se han planteado cómo no, una forma de decir y para todos, porque seguro que era mucho más lento, sino implantemos esto, veamos que funciona, en el caso sociosanitario de Tafalla, no es un pilotaje como fue en su día, es una implantación de un modelo en un contexto más amplio, de un distrito sociosanitario, que tiene una parte sociosanitaria, que tiene otra parte de transformación de la Atención Primaria con otros recursos y con otra coordinación también, incluso con otros niveles de atención.

No me he centrado, porque tampoco me ha parecido que era el objetivo de la comparecencia, en explicar más lo que supone esta intervención sociosanitaria. Hay una parte, efectivamente, de *Convalecencia Residencial*. Cuando preguntaba la señora De Simón por el tema de si externalizar, esto es una parte que la ha sacado, como dentro de esta coordinación con Derechos Sociales, es Derechos Sociales quien la ha sacado, es una plaza que, como ha comentado la señora Zanlo, está libre de copago, saben que en las plazas residenciales no es así. Había una plaza en este momento, las que se sacan son tres plazas en residencia, como hemos comentado, con fisioterapeuta, con terapeuta ocupacional, pero sobre todo, no es tanto lo que supone que se va hacer en la plaza residencial, es qué hay detrás y lo que hay detrás es una coordinación sociosanitaria, con un equipo de coordinación sociosanitaria a nivel del distrito y que este equipo está coordinado y ha impulsado, lo que se llaman Equipos Operativos de Zona, porque a nivel de cada una de las cinco zonas básicas de Tafalla, se coordina para detectar los pacientes que tienen necesidades sociosanitarias más complejas y a nivel de zona, hay unos equipos operativos en los que está una trabajadora social del equipo



de atención primaria, una trabajadora social de servicios de base y una enfermera de enlace. De toda esta coordinación, lo que sale es identificar estos pacientes, que bien cuando tienen una descompensación y un deterioro de su capacidad funcional, pueden acceder con base en esa coordinación, a este recurso de *Convalecencia Residencial* o cuando se va a dar un alta y precisan, fruto de esa coordinación se sabe que no pueden estar en su domicilio, esta coordinación marcando qué objetivos, qué plan de trabajo, en todos los aspectos y de manera coordinada se da desde la *Convalecencia Residencial*.

Pero también hay más, lo que pasa es que me parece que no era el objetivo. Se ha constituido y también se ha sacado a concurso lo que es el ESD, que es el Equipo de Soporte Domiciliario, porque hasta ahora en las zonas básicas de Salud, si una persona tenía necesidades sociosanitarias y estaba atendida por cuidadores, familiares que tenían que ver con servicios de base, resulta que si esta persona se descompensaba y necesitaba más cuidados, hasta ahora la solución hasta hace dos años, era igual mandarle a un ingreso hospitalario porque no teníamos otro recurso. Ahora, este equipo, en el cual ha habido una experiencia, pero ahora, como he contado, se ha sacado a concurso, da una atención que la da de manera urgente, de ocho de la mañana a ocho de la tarde, como ponen los pliegos, también con domingos y también contará si en necesario con terapeuta ocupacional. Entonces quiero decir que hay más cuestiones, no solamente es *Convalecencia Residencial*, está el ESD y el Ecodis coordinándolo como lo he comentado. Agradezco también sugerencias que ha habido respecto al tema de la mirada de género.

Es verdad que en el tema de la Fisioterapia a domicilio tiene un enfoque distinto y por eso le voy a pasar ahora la palabra al Gerente de Atención Primaria, pero por comentar lo diferente que es, sobre todo, el planteamiento y lo que comentaba antes también, esto tiene un objetivo que es implantar, como ya se lleva haciendo en el distrito de Tafalla y extenderlo porque saben que el tema de los distritos es un tema que se ha valorado y extenderlo al resto de distritos que se plantean en Navarra.

Tampoco la Reforma de Atención Primaria empezó de hoy para mañana todos los consultorios pasaron a centros de salud. Empezó como una forma de trabajo implantándola, no es una experiencia, es una implantación y cuando esté realizada lo que evaluaremos es para la hora de extenderla ver si tenemos que hacer cambios, esto respecto al tema de la *Convalecencia Residencial*. Yo creo que no hay una incoherencia si no hay un planteamiento con otra visión más amplia, más interdepartamental y que desde luego, todos somos conscientes de que nuestros pacientes que envejecen y tal y como va el tema demográfico, tienen necesidades sanitarias y sociales y hay que responderlas de manera global, coordinada e integrada, como hemos comentado. Para el tema de la Fisioterapia domicilio le paso la palabra al señor Carpintero.

SR. GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA (Sr. Carpintero Navarro): Buenos días estoy encantado estar aquí, como la representante de Geroa Bai, que también es la primera vez que yo hablo en esta Comisión, aunque ha estado presente en alguna otra, pero siempre calladito al lado del anterior Consejero. De verdad que me alegra la unanimidad que veo que hay en esta Comisión por la digamos la necesidad de abordar estos dos aspectos que hoy hemos estado comentando y os digo de verdad que me satisface, porque creo que lo compartimos absolutamente todos y

estamos firmemente decididos. Como ha dicho la doctora Cristina Ibarrola, creo que ha llegado el momento de acometer la acción, o sea lo que tenemos que hacer es hacer. O sea, toca de hacer lo que ya está previsto, lo que está estudiado, creo que lo tenemos estudiado, planificado, tenemos la suficiente información y lo que toca en este momento es hacer.

Y respecto a lo que decía la señora De Simón, lo que sí quiero señalar es que, todas las actuaciones que se van llevar a cabo, están dentro de un modelo general, el modelo general existe, o sea existe un modelo que está basado, como bien sabe, primero, en la participación de los ciudadanos, digamos en la utilización de los recursos comunitarios adecuando la utilización de los recursos a las necesidades que cada paciente presente y reservando, digamos, la rehabilitación más especializada a los pacientes que tienen procesos más complejos.

Realmente se abordan muchos temas y aquí solo hemos comentado de dos, pero como sabéis también se está llevando a cabo, ya desde hace un tiempo, una rehabilitación grupal derivadas de Atención Primaria y está previsto que, pronto comencemos también con la derivación desde el ámbito de Atención Primaria directamente a fisioterapeuta.

Respecto al tema de por qué hacer un acuerdo marco, sinceramente, yo desde mi de vista, realmente, lo que interesa es que el ciudadano, todos los ciudadanos navarros, que es lo que se pretende, puedan disfrutar de este recurso y considero, considera el departamento, creo, que en este momento debido, sobre todo, a una complejidad de la logística que conlleva este tipo de necesidades, hace merecer la pena abordarlo más desde ese punto de vista, un acuerdo marco, que la utilización de recursos propios a pesar de estar finalmente convencido que la prioridad siempre es la utilización de los recursos propios. Pero en este caso, debido sobre todo, como digo, a la complejidad de la logística para llegar a poblaciones lejanas, pequeñas, creo que es más conveniente para el sistema y para los ciudadanos, lo cual no quita, evidentemente, la siempre necesaria, digamos, evaluación, control por parte del sistema público y teniendo muy claro que es una prestación pública. Sin más, eso es lo que quiero comentar.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduña): Yo, para acabar, sí que diría que, estamos diciendo lo que estamos haciendo y que hacemos lo que decimos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Finalizado el primer punto del orden del día, si les parece un minuto para despedir al señor Carpintero, y dar la bienvenida a la señora Nuin y continuamos, suspendemos un minuto.

(Se suspende la sesión a las 10 horas y 34 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 10 horas y 36 minutos).

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar los objetivos, prioridades, medidas y acciones previstas para esta legislatura desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Bueno, reanudamos la sesión porque, además, como tenemos una mañana repleta de cosas, no tenemos mucho tiempo para entretenernos. Antes

de comenzar el segundo punto del orden del día, dar la bienvenida a la señora Nuin Villanueva, nueva Rectora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra que, como digo, se ha incorporado a este segundo punto que consiste en la comparecencia, a instancia de la Juntas Portavoces, para que la Consejera de Salud explique los objetivos, prioridades, medidas y acciones previstas para esta legislatura desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Este segundo punto también ha sido solicitado por el Grupo Parlamentario Navarra Suma por lo tanto tiene la palabra su portavoz, la señora Ibarrola.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. Muy rápidamente, respecto al anterior, decir que el enfoque sociosanitario de Tafalla estaba desde el principio con atención domiciliaria y camas.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Señora Ibarrola, le he dado la palabra para que explique este segundo punto, el primer punto ya lo hemos finalizado, si usted quiere en su intervención hace referencia, pero no es este el momento.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Bueno, ya la haré, gracias. Acaba de publicarse el Informe del Sistema Sanitario de España 2019 de la OCD que avala la eficacia del Sistema Sanitario Español, tanto en lo que tiene que ver con una de las menores tasas de mortalidad tratable que mide el funcionamiento de los sistemas sanitarios, como evitable que mide las políticas de Salud Pública. Pero es evidente que, los retos a los que nos enfrentamos como sistema sanitario con el envejecimiento, el cambio epidemiológico y el incesante crecimiento de la innovación nos obligan sí o sí a una transformación del modelo de atención en el que la prevención y la promoción tienen que ser absolutas protagonistas. En ese sentido compartimos la apuesta que hizo el departamento del cuatripartito de incrementar el presupuesto en Salud Pública, se incrementó el presupuesto un 34,5 por ciento entre el 15 y el 19. Pero somos muy críticos con la gestión que se hizo de este presupuesto, porque en estos últimos años, la realidad es que aumentado la tasa de obesidad en adultos, se ha duplicado la tasa de enfermedades de transmisión sexual, hay un preocupante ascenso de la siniestralidad laboral, en el liderazgo que tenía Navarra en autocuidados, en programas de detección precoz y en vacunas y estamos a la cola en metabolopatías congénitas.

En Comisión de Salud, en marzo del 19, cuando hicieron balance de legislatura. El Consejero dijo dar cuentas de las acciones que habían previsto y no de los resultados. Y es que es justo lo contrario de una gestión basada en resultados, que es lo que están haciendo todos los mejores sistemas sanitarios de Europa. Le hemos pedido la comparecencia para que nos explique cómo va a orientar el Departamento de Salud en estos cuatro años, las acciones y prioridades del Instituto, si va a cambiar y cómo las políticas de Salud Pública de los últimos años y que nos dé acciones concretas y detalles concretos. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, a continuación, tiene la palabra la señora Consejera, de nuevo, por un espacio máximo de treinta minutos para la exposición de este segundo punto.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduña): Buenos días, de nuevo. Bueno, realmente, tenemos que agradecer que hayan requerido nuestra presencia en esta Comisión para desmenuzar las líneas estratégicas del Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral, que son las

líneas estratégicas del Departamento en Salud Pública. Porque cuando lo hicimos para explicar la hoja de ruta de la legislatura en Salud, nos fuimos un poco con la sensación de que, quizás, con la limitación del tiempo y con la amplitud de los temas, un ámbito tan importante como este de la Salud Pública y Laboral nos quedaba un tanto relegado. Por eso interpretamos esta sesión como una segunda oportunidad y por ello está conmigo la Directora Gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral, María Nuín, a la que más adelante cederé la palabra.

Y decía que, quizá, la Salud Pública y Laboral merece una sesión monográfica complementaria a aquella comparecencia general de finales de septiembre, porque, como dijimos entonces, es una de las prioridades del departamento y porque además, en ella se cruzan, como así lo indicamos, tres retos claves, que los marcamos muy claros como para tenerlos muy en cuenta y abordar en esta legislatura, que son: la demografía, el envejecimiento activo, pacientes crónicos con pluripatologías, la sostenibilidad del sistema y su financiación y la globalización y el cambio climático. Y quizá, por ello, el acuerdo programático también dedicaba un amplio apartado a este tema, reforzando de paso la idea clave de Salud en todas las políticas y de todas las políticas con Salud, que creo, que va a marcar, o debiera hacerlo, esta legislatura transversal y en clave de acuerdo. Y no solo a nivel autonómico o estatal estos días todos estamos viendo como el tema del cambio climático está copando parte de la agenda internacional.

Pero bueno, volviendo a lo concreto y antes de pasar a comentar con la ayuda del *PowerPoint* cuáles son los principales objetivos del Instituto de Salud Pública y Laboral en particular, y del Departamento de Salud en general, creo que sí que podemos adelantar algunas de las principales novedades de esta legislatura que interesan a la ciudadanía. Aunque he de confesar que resulta complicado entresacar o destacar líneas concretas de un abanico tan amplio de objetivos y de medidas que se enmarcan en subáreas tan importantes como es: el Impulso al Observatorio de Salud Comunitaria, la Promoción de Salud, la Detección Precoz, Enfermedades Transmisibles y Vacunaciones, Seguridad Alimentaria, y Sanidad Ambiental, etcétera. Realmente he de reconocer que cada apartado de estos podría dar lugar a otras tantas comparecencias para marcarlos de una manera más concreta.

Lo mejor, aunque podríamos hablar como de cuestiones, quizás más novedosas, como es el programa de Detección Precoz del Cuello de Útero; el incluir en las adicciones, como comentaremos luego el tema del juego; el cambio climático en cuanto a lo que supone de enfermedades emergentes, de vectores, de contaminación ambiental, el aumento de control de seguridad alimentaria, etcétera.

Pero bueno, yo creo que lo mejor es que vayamos comentándolo con ayuda de las diapositivas, porque dos sesiones seguidas, entiendo que, bueno, vamos a ver si así es más ligero de seguir. La primera diapositiva es el edificio de Salud Pública y Laboral, al que dedican cada día su energía 297 profesionales cuyo trabajo desde aquí y en este foro queremos reconocer. En este momento el Marco de Actuaciones del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, es el Plan de Salud Pública 2016-2020 y el Plan de Acción de Salud Laboral 2017-2020. Tras la evaluación que se va a realizar en el próximo año con el acuerdo del programa para la legislatura y la valoración de las necesidades emergentes, en este ámbito queda la elaboración de los nuevos planes 2021, a partir del 2021, que lo que recogerán es las

prioridades de esta legislatura, además de los objetivos que marque la evaluación y los estudios realizados, que nos indique que son necesarios para afrontar los retos de la Salud Pública y Laboral en los próximos años.

Como ya comentamos en su momento, desde luego, entre nuestros objetivos prioritarios está la Promoción de la Salud Pública y el Impulso de la Intervención Comunitaria y Salud en todas las políticas. Además de la actualización y la mejora de los registros de mortalidad y morbilidad que están ya y están en colaboración con el resto de las estructuras del Servicio Navarro de Salud, esto conlleva también, potenciar el Observatorio de la Salud Comunitaria, con la actualización y la ampliación en los perfiles de zonas básicas de Salud, que es la gran ventaja que ha supuesto el Observatorio de Salud Comunitaria.

Yo recuerdo cuando empezamos trabajando en Atención Primaria como realizábamos casi de una manera manual los diagnósticos de salud, qué problemas de salud tenía nuestra población, para ver qué intervenciones. El tener ahora un observatorio de salud comunitaria con perfiles, a nivel de zona básica, que va a incorporar también y que incorpora, indicadores ambientales e indicadores relacionados con la salud laboral nos facilita mucho el profundizar en objetivos y tener bastante más claros los determinantes de salud. También la actualización y la ampliación de los Mapas de Activos en Salud, buscando también que las entidades locales puedan incorporar estos activos.

El Observatorio nos está permitiendo realizar estudios y nos va a permitir seguir actualizando y profundizando sobre estilos de vida, sobre alimentación, ejercicio, alcohol, tabaco, desigualdades en salud, obesidad infantil, adicciones con y sin sustancia y tabaco y cáncer. Aspectos tan importantes para los que reorientemos la actividad comunitaria con otros, con entidades locales, con organizaciones sociales para avanzar y trabajar en la Promoción y en la Prevención de la Salud.

También, vamos a realizar otros nuevos estudios, la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2019-2020, el estudio también del apoyo social, estudiando la Red de Apoyos Sociales y Comunitarias en Salud con el Observatorio de la Realidad Social. Esto nos va a permitir completar el trabajo de los determinantes en Salud, con especial relevancia en las personas mayores, en padres y madres, y en colectivos de especial vulnerabilidad. También, en enfermedades laborales, con el Servicio de Salud Laboral que forma parte del Instituto de Salud Pública y Laboral. También en el envejecimiento activo. También otros estudios, como la Encuesta de Condiciones de Vida y Salud 2022. Los resultados de todos estos estudios, porque son estudios para que nos permitan, como he comentado, desarrollar programas comunitarios con apoyo a los agentes de salud locales o a consejos sociosanitarios de intervención comunitaria de zona o de distrito, el tema es, que todo esto, nos va a permitir intervenir de una manera mucho más eficaz en la Promoción de Salud.

Se va profundizar, sobre todo también en Promoción de Salud, en la infancia y adolescencia, con especial atención a la prevención de la obesidad infantil. Se va a continuar en este sentido con proyectos comunitarios de apoyo a los centros de salud, a los equipos de Atención Primaria y al trabajo en red y comunitario que está ya iniciado en las zonas donde hay mayor prevalencia de obesidad infantil. El estudio también de factores de riesgo de la obesidad infantil se está realizando en varios equipos de Atención Primaria con el objeto de conocer

mejor qué factores se asocian con el sobrepeso y la obesidad y, por lo tanto, intervenir sobre ellos de una manera más certera. Se seguirá también en línea de fortalecer el vínculo efectivo y la parentalidad positiva, a través de la Escuela de Padres y Madres, y también, trabajando con la gerencia de Atención Primaria, como ya se está haciendo en la formación de profesionales de Pediatría y de Trabajo Social en el Marco del Plan de Salud Infantil.

También se van a reforzar los estilos de vida saludables relacionados con las principales causas de morbimortalidad en todas las etapas vitales, tanto con las personas como sobre los entornos, de manera que las opciones más saludables resulten las más fáciles de elegir. En este sentido, son dos los ámbitos que vamos a reforzar: la alimentación y el ejercicio físico, en la prevención de la obesidad de adultos con campañas también de información y comunicación, y el consumo de alcohol en todas las edades, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Otra área a seguir potenciando y dada la importancia que tiene en todas estas líneas que estoy comentando, son las Escuelas de Salud. En este momento, contamos con escuelas de pacientes, escuelas de padres y madres, y la escuela de mayores, y entre los objetivos que queremos conseguir está una modalidad online que, en primer lugar, en la escuela de padres y madres tengamos alternativa para realizar una modalidad semipresencial y que nos permita adaptar estos talleres a grupos más vulnerables. Esto ya se ha empezado con la Escuela de Pacientes en París 365 y con el desarrollo de la Escuela de Cuidador.

Otra área es el desarrollo del tercer Plan de Prevención de Drogas y Adicciones Sin Sustancia o Comportamentales. Y precisamente, la innovación de este plan es haber incorporado en su concepción también las adicciones sin sustancia de juego y nuevas tecnologías del que todos y todas somos conscientes de la importancia que están teniendo en nuestra sociedad y también se va a incorporar, se ha incorporado, en este plan el tabaco, que ya saben el programa de apoyo y el programa de atención a la deshabituación tabáquica que se lleva desde hace años en este área que he comentado del tercer Plan de Prevención de Drogas y Adicciones Sin Sustancias estaría también el cumplimiento de la normativa vigente. Nueva legislación en materia de juego. Nueva guía para el profesorado para todas las etapas educativas y que incorpore las adicciones sin sustancia y el trabajo conjunto, obvio, con el Departamento de Educación. Medidas específicas para la deshabituación tabáquica y para la disuasión del inicio en los adolescentes y en los jóvenes. Refuerzo de las campañas de información y comunicación en alcohol y cannabis. Una nueva campaña en relación con el juego. Y un trabajo, como no puede ser de otra manera, en todos estos aspectos, interdepartamental y con entidades locales y sociales a través tanto del apoyo técnico como económico, mediante subvenciones.

Otra área es el desarrollo de la educación afectivo-sexual, buen trato y prevención de ITS y SIDA a través de las líneas de acción que ven del apoyo a Skolae y con refuerzo al profesorado en colaboración con el Departamento de Educación y con el INAI. De educación afectivo-sexual, también en Servicios de Salud, continuando con la extensión a todas las zonas básicas de Salud, junto con la gerencia de Atención Primaria de incorporación de la educación afectivo-sexual en el Plan de Salud Infantil. Campañas de prevención de ITS y SIDA en el marco del futuro programa de ITS y educación afectivo-sexual comunitaria, también a través de subvenciones a entidades sociales.

Otra área también prioritaria, todas son prioritarias, pero como ven, desde luego son unas cuantas, es el desarrollo de acciones del segundo Plan de Acción 2020-2022 de la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable. Imagen social positiva, combatir el edarismo, que es la discriminación por edad, buen trato, estilos de vida, escuela de mayores. No quisiera también dejar y las paso nombrando, otras áreas, como es el refuerzo de la Promoción de Salud en la juventud en relación con el Plan de Universidad Saludable, con la UPNA y la página web de Juventud y Salud, de adicciones, sexualidad, bienestar emocional, con el Instituto Navarro de la Juventud.

Potenciar también el trabajo en autocuidados en obesidad y distintos procesos crónicos, siguiendo el despliegue de la Estrategia de Crónicos del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. También, profundizar y ampliar en programas de Equidad en Salud, en concreto en Promoción de Salud en la Comunidad Gitana, en Promoción de Salud de Intercambio de Jeringuillas en la Prisión, prevención selectiva e indicada de adicciones, y programa de Atención Socioeducativa, pase junto con Interior y Fiscalía para abordar la situación de menores con sustancias con consumo o tenencia.

Bueno, pasando ahora al tema de los programas de detección precoz, además de continuar con el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, que saben que tiene una cobertura total, que está finalizando la vuelta número quince, que implica a 116.000 mujeres de cuarenta y cinco a sesenta y nueve años, también con el programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal, que tiene una cobertura total, que implica a 193.000 navarros y navarras de cincuenta, entre cincuenta y sesenta y nueve años, que inicia ya su cuarta vuelta. Y la novedad para esta legislatura es la puesta en marcha en enero del 2021 del programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Útero. Otros programas de detección precoz que son los que se realizan en recién nacidos 5.500 al año, es en el tema de metabolopatías congénitas. Efectivamente son ocho metabolopatías las nombro y si quieren que las nombre todas, pero van desde: hipotiroidismo congénito, fibrosis quística, fenilcetonuria, deficiencias de coencimas, enfermedades de células falciformes, y en octubre se añadió el déficit de biotimidasa.

Decir que la puesta en marcha de nuevos programas de detección o inclusión de nuevas enfermedades se realiza según la evidencia disponible y las recomendaciones de las ponencias técnicas con expertos independientes del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Y comentar también, que desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra se da asesoría a los profesionales asistenciales del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. En el tema también de la de recién nacidos se continúa con el tema de detección precoz de la hipoacusia neonatal, que recuerdo la teoría estando con asociaciones de sordos, hacían la gran valoración que supone realmente esta detección precoz cara a la instauración de otro tipo de tratamientos.

Bueno para que también, aparte de las transparencias, se haga más ameno, yo creo que, el cambiar también de ponentes seguro que se lo va a resultar y entonces, siguiendo con el tema de enfermedades transmisibles y vacunaciones, le paso la palabra a María Nuin, Directora Gerente del Instituto de Salud Público y Laboral.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL (Sra. Nuin Villanueva): Buenos días, señores Parlamentarios y Parlamentarias, sigo yo con la presentación que está haciendo la Consejera. En relación con las enfermedades transmisibles y las vacunaciones, las áreas principales van a ser el mantenimiento de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades incluidas. En este momento hay sesenta y siete enfermedades de declaración obligatoria, algunas es necesario declarar de forma numérica, otras individualizadas y veintitrés de declaración urgente ante sospecha, adecuando el sistema a las nuevas recomendaciones que se hagan en función de los riesgos emergentes. En este momento hay una vigilancia reforzada y más intervenciones específicas en relación con las infecciones de transmisión sexual, Sida e infección por VIH, tuberculosis, hepatitis C, gripe, como todos los años y está también, se está vigilando lo que es el Plan de Eliminación de Polio, de Sarampión y de Rubeola y las que exija, según la situación.

A su vez, también para esta legislatura, se propone una ampliación de la vigilancia y el control de la infección en Navarra, que incluye a las enfermedades emergentes, la vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, las ITS y todo lo que tiene que ver con el área de optimización de los antibióticos.

Seguimos con el mantenimiento de la coordinación de los programas de vacunación en adultos e infantiles que, como ha dicho la Consejera, se seguirán actualizando en función de las recomendaciones de la ponencia técnica de vacunaciones. A su vez, también en el Instituto se hace una importante labor de investigación, de la efectividad de las vacunas, con una coordinación a nivel estatal, y, por ejemplo, en este momento, se está trabajando en estudios de ver la efectividad de tosferina tanto en población infantil como en embarazadas, estreptococo pneumoniae, gripe y meningocócica B.

En cuanto al área de la Seguridad Alimentaria y la Sanidad Ambiental, seguimos con el mantenimiento de lo que son las actividades propias de la encomienda del Consejo de Seguridad Nuclear en materia, tanto de seguridad nuclear como de protección radiológica. Otro aspecto muy importante a trabajar en esta legislatura, es el refuerzo de las adaptaciones al cambio climático en el sector de Salud, lo que es el proyecto LIFE Nadapta que implica a todo el Gobierno con el desarrollo de nuevas medidas de adaptación. En este momento se está trabajando en el estudio de la presencia del mosquito tigre en Navarra, la medición de la concentración de distintos tipos de polen y alternaria en el aire, la medición de temperatura diaria para las predicciones de ola de calor y a nivel laboral, también la campaña de visitas a una muestra de trescientas cuarenta empresas con actividades en el exterior, con el objetivo de conocer la gestión que las empresas hacen del estrés térmico.

En cuanto al Laboratorio de Salud Pública, uno de los retos, es la finalización de la unificación de los laboratorios de Salud Pública y del Ayuntamiento de Pamplona, en el Marco del Convenio que se ha establecido con ellos. Otras áreas son la mejora el equipamiento técnico y el desarrollo de nuevas técnicas que permitan mejorar la protección de la salud frente al cambio climático y a los agentes emergentes químicos. En este sentido, se está viendo el valorar los subproductos de la desinfección del agua, que tiene mucho que ver también con lo que es la contaminación ambiental, a su vez, el laboratorio del Instituto de Salud Pública



emplea una enorme cantidad de tiempo y energías en la acreditación de sus técnicas. Y en ese sentido, llevan trabajando muchos años y el objetivo es seguir en ellas e incluso ampliarlas.

En cuanto a seguridad alimentaria, en este momento hay varios retos a nivel de normativa. Está previsto una implantación de las nuevas normas y procedimientos de gestión del registro sanitario de actividades alimentarias de Navarra, que ya ha pasado por gobierno abierto y que se espera se publique en breve. A su vez también se implantará lo que son las nuevas normas y gestión de la flexibilidad en Seguridad Alimentaria, que también está pendiente de otro Decreto Foral que éste no concierne a Salud, sino que concierne a Agricultura.

Estas nuevas normas se operativizan a través de guías que están dirigidas tanto a los inspectores como a las empresas, y en este sentido contamos con la Guía del Comercio Minorista No Sedentario y Máquinas Expendedoras que se elaboró en este año 2019 y la nueva guía que va a salir de Buenas Prácticas de Higiene Alimentaria para bares, cafeterías y restaurantes. Además, es necesario hacer toda la adecuación del Sistema de Control Oficial de los Alimentos de Origen Animal, al nuevo Reglamento Europeo 2017-625 de Controles Oficiales a lo largo de la cadena alimentaria, que se va a poner ya en marcha el 14 de diciembre, y que afecta fundamentalmente a mataderos, respecto a aves, análisis de superficies, etcétera. En este sentido, también será necesaria hacer toda la adecuación del sistema de control oficial al Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025, que está pendiente de elaborar.

En cuanto a la Sanidad Ambiental continuará el mantenimiento de los programas y actividades de control y de riesgos ambientales, que en este momento son, lo que es las aguas de consumo humano, las aguas recreativas con lo que son las piscinas y las zonas de baño, la prevención de la Legionelosis y también la vigilancia de los campos electromagnéticos y la telefonía móvil. A su vez, en relación con la Sanidad Ambiental, estará muy implicada en todo lo que es el refuerzo de las acciones de adaptación al cambio climático con el sector Salud y de los Riesgos Emergentes, como se ve, con el Plan de Vigilancia del Mosquito Tigre. Esta sesión de Sanidad Ambiental tiene también mucha colaboración con otros departamentos, en sentido de colaborar en esta legislatura con las actuaciones que el Departamento de Desarrollo Rural y Medio Ambiente lleve en relación con la contaminación ambiental y también todo lo que es la colaboración con el desarrollo del Plan Director de Ciclo Integral del Agua de Uso Urbano 2019-2030.

En cuanto a la Salud Laboral que es un área importantísima también en el Instituto. En este momento se está trabajando lo que es el Plan de Acción de Salud Laboral 2017-2020 se está trabajando en ese marco, pero este plan ya finaliza y es necesario elaborar un nuevo Plan de Salud Laboral 2021-2024 con la participación profesional y social. Uno de los objetivos de esta legislatura en el Marco de los Distritos Sanitarios, como ha explicado la Consejera, es ver también cómo se puede hacer un apoyo a la atención preventiva, técnica y sanitaria. Y esto lo someteremos a estudio, digamos de centralizar a este nivel de distrito estas figuras de atención de prevención, lo mismo que se hacen con otros ámbitos.

Otra área importante también es la colaboración en la planificación de la implementación del Plan Plurianual de Eliminación del Amianto en Navarra y, sobre todo, en el área de, yo creo que es lo que más nos interesa, una de las cosas que más nos interesa es la disminución de la

accidentabilidad laboral y en ese sentido, además de todas las acciones que he comentado, está también, dar un impulso a la integración de la acción preventiva en la gestión empresarial, reforzando todavía más, una campaña que ya se ha iniciado este año que es: *Eres una Pieza Clave*.

En este sentido está previsto realizar encuentros con empresarios también, porque es un ámbito muy importante, y es muy importante a trabajar por actividades económicas para, no sé, para hablar de esta responsabilidad que ellos tienen y para poder ver actuaciones de prevención y para sensibilizar con este tema. El impulso también para iniciar el uso de indicadores positivos de esfuerzo preventivo para las empresas navarras, con base en un cuestionario validado, que está pendiente de publicación. También el impulso a los y las trabajadoras en la gestión preventiva de las empresas, con el desarrollo de la metodología del ciclo de gestión de riesgos de la mejora continua, que lo que busca es hacer una metodología que facilite el que todos los sectores de la empresa, desde lo que son los empresarios, los directivos, etcétera y los propios trabajadores, representantes trabajadores, se impliquen en lo que es la identificación y la gestión de los riesgos.

A su vez se continuará también, con todo lo que es el programa de visitas para la disminución de la siniestralidad en empresas de aquellos grupos y actividades económicas preferentes con el objetivo de prevenir los accidentes y analizar toda la información recabada. Otra área es también el impulso a la mejora de los procedimientos metodológicos de la evaluación de los riesgos utilizados por los propios servicios de prevención de riesgo laboral de las empresas, y se está ya iniciando un pilotaje y se espera poder extender luego, y a hacer una intervención más individual en empresas de mayor siniestralidad.

También consideramos que es un área importante la mejora de la coordinación institucional en materia preventiva y el refuerzo de todo lo que es la cultura preventiva en este sentido. Y este refuerzo se propone a través de cuatro también líneas de acción, que es la ampliación de la formación e información de los y las delegados de prevención de riesgos laborales, el refuerzo de la formación y sensibilización en edades prelaborales y en poblaciones desempleadas, el impulso a la formación a cuadros intermedios en la investigación de accidentes, y el refuerzo de la difusión continua a la ciudadanía de mensajes relativos a la Salud Laboral.

Otra área también a trabajar es el impulso y mejora de los sistemas de información relativos a la exposición a riesgos laborales y a los daños detectados en la población trabajadora. Y en este sentido, también está pendiente de Publicación un Decreto Foral para la creación del Retecar Navarra, que es el registro de trabajadores expuestos a carcinógenos, mutágenos y tóxicos para la reproducción en Navarra.

En cuanto al área de Profesionales y Gestión Económica, como ha dicho la Consejera, en este momento hay 297 profesionales trabajando en el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. El 76 por ciento de ellos son mujeres y el 58 por ciento está de manera temporal. En la legislatura anterior se han jubilado veintinueve profesionales y en esta próxima, calculando que las personas en régimen de Seguridad Social lo hagan a los sesenta y cinco años y las que estén en régimen de Monte Pío lo hagan a los sesenta se jubilarán cincuenta y dos personas, un 17,5 por ciento de la plantilla actual. En ese sentido, las líneas que se plantean desarrollar

en esta parte es la realización de un estudio y el desarrollo de un Plan de Jubilación de los Profesionales del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra y ver cómo se hace toda esa transferencia de conocimiento que supone cesiones.

También en ese sentido, la legislatura anterior en el Instituto creció bastante en número de personas y lo que en este momento vemos es que es necesaria la ampliación de la estructura para la mejor gestión. Y no me estoy refiriendo a estructuras altas, sino más bien a estructuras, a niveles más bajos para hacer, digamos, más fácil la gestión porque en algunas unidades, en algunas secciones se juntan ya muchos profesionales. La incorporación de nuevos perfiles profesionales de acuerdo a las nuevas necesidades detectadas. La conciliación de la vida familiar y profesional, poniendo en marcha la gestión de la presencia, la famosa ficha que todavía no se ha puesto en marcha en el Instituto y que consideramos importante.

También, lo que es la regulación definitiva de la jornada anual de los inspectores de Salud Pública. En este momento muchos inspectores de Salud Pública, veterinarios, digamos que trabajan no en el instituto como tal, sino que trabajan distribuidos por toda la geografía de Navarra, muy en relación con todo lo que son los mataderos, y ello hace que los horarios laborales, muchas veces también, no puedan ser reglados de ocho a tres, sino que están sujetos al momento en que esas matanzas se hacen etcétera, y eso también, hace que sea necesario regular, de alguna manera, esta jornada para que no haya diferencias con otros profesionales. También el desarrollo normativo de los sistemas de guardia localizada que se hacen en el Instituto en relación con los brotes sanitarios, o brotes alimentarios que se producen.

Como he comentado anteriormente, uno de los retos es la ejecución de las obras de la nueva sede del Laboratorio de Salud Pública y su equipamiento, en el Marco del Convenio con el Ayuntamiento. Es decir, esto lleva una parte de gestión de profesionales, de unir a todos los profesionales, pero también una parte de que se desarrollen las obras para que en un futuro puedan ir a las instalaciones de Landaben donde está previsto. En cuanto a las líneas de la Dirección, el objetivo sería mantener la gestión participativa del propio Instituto, potenciar la coordinación.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Señora Nuin, debemos ir acabando.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL (Sra. Nuin Villanueva): Potenciar la coordinación intersectorial e interadministrativa con otras administraciones, potenciar el trabajo común y compartido con otros agentes de Salud y potenciar la información y sensibilización local respecto a la promoción, prevención y protección de la salud, en todos los ámbitos de la Salud Pública y Laboral. Eskerrik asko. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas Gracias, comenzamos con la intervención de los diferentes grupos. En primer lugar, tiene la palabra por parte de Navarra Suma su portavoz la señora Ibarrola, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. Gracias por las explicaciones. Agradecería, quizá para otras intervenciones si nos pudieran entregar previamente las intervenciones o las

presentaciones que hay que facilita un poco el seguirlas. No me ha quedado muy claro, pero ya nos contestará en la réplica cuándo se plantean volver a hacer un Plan de Salud Pública, ya nos lo aclarará. Lo digo, porque el Plan de Salud Pública 2016-2020 a nosotros no nos gusta, no porque no estemos de acuerdo en lo que hay, que compartimos, pero es una mera enumeración de acciones de rutina que lleva haciendo el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, desde hace años, algunas décadas, como cribado de hipoacusia neonatal, o repartir el intercambio de jeringuillas o repartir invitaciones para el programa de detección del cáncer de mama o etcétera, o sea es decir, es una mera descripción que no le vemos mucho sentido como programa, o sea, como plan y el cronograma además, es un continuismo de los cuatro años del 16 al 19, como no hay ninguna acción en el 20 y no hay ninguna meta tampoco definida, con lo cual les va a resultar muy difícil hacer una evaluación porque no había metas previamente, sí que les pediríamos iniciar un proceso de un nuevo plan, pero marcando metas y objetivos, pudiendo evaluarlo y con una serie acciones que den respuesta a los retos.

En cuanto a las prioridades, Navarra es la tercera comunidad de España, en cuanto a esperanza de vida, pero es la décima en años de vida saludable al nacer. Tenemos un *gap* de veinte años el cáncer es la patología que causa una mayor mortalidad y hay patologías emergentes, cada vez más frecuentes, como las demencias y las entregas respiratorias, y creemos que estas patologías emergentes y todo lo que tiene que ver con la prevención de la discapacidad, que hemos hecho antes referencia deben ser prioritarios en políticas de Salud Pública. Ya han comentado en detección precoz que van a implantar el cáncer de cérvix, bueno, nos gustaría que fuera cuanto antes, porque ya hay comunidades como la Rioja, País Vasco, Castilla La Mancha, que lo llevan implantando desde hace bastante tiempo.

En enfermedades de transmisión sexual, si de algo se ha sacado pecho la pasada legislatura, es en políticas de Educación Sexual, pero uno tiene que ser muy crítico cuando ve los datos, los últimos datos que tienen publicados en el propio Instituto de Enfermedades de Transmisión Sexual, de las semanas del 14 al 20, a la 26, en gonococia en el 19 se duplican, los casos del 15 y se cuatriplican los del 11 o los del 7; en sífilis se ha incrementado un 50 por ciento del 15 y el 19, y se triplican los del 11 o los del 7; y en VIH se han duplicado los del 19, respecto de los del 15, es decir, no cabe duda de que es una prioridad a abordar. Hombre, a lo mejor tenemos que ser autocríticos y replantearnos la estrategia hasta ahora y ver cómo la abordamos.

En vacunas, el cuatripartito sacó pecho de incluir el neumococo y la tetravalente del meningococo, que no sé si todavía está incluida o se va a incluir ya, pero no es mérito del Gobierno de Navarra para nada. Saben perfectamente, también como yo, que es una obligación y un derecho de todos los españoles, porque están incluidos en Cartera Básica. Es decir, no tenemos ninguna vacuna en estos momentos por las que podamos destacar como Cartera Complementaria, y otras comunidades: País Vasco tiene el rotavirus; la hepatitis A, en Cataluña y Ceuta; meningococo, Castilla-León; el herpes Zóster, Castilla-León y la Rioja; el meningococo tetravalente antes de que la aprobara el ministerio ya la había puesto Castilla-León. Ahora hay una evidencia sólida en cuanto a coste-efectividad de la vacuna del herpes Zóster en mayores de sesenta y cinco años, seguro que la conocen porque es un estudio que acaba de hacer la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, el grupo canario, a instancias además del ministerio. Y también se aprobó el día 14 de noviembre en Comisión de Salud Pública, una modificación del calendario vacunal de prematuros. Entonces, si nos puede

especificar exactamente qué tienen intención de hacer con una y con otra, o qué van a hacer o si van a hacer algo para recuperar el liderazgo que Navarra tuvo en vacunas, porque existe la posibilidad de hacerlo a través de Complementaria, bueno, que nos digan qué es lo que se plantean.

Lo mismo para cribado neonatal ampliado. Siete patologías en este momento, desde el 1 de Octubre ha incluido, como ha dicho, el déficit de biotinidasa, lo busqué en la web y no estaba todavía, pero ya lo ha confirmado que está, con un convenio que negociamos en el año 2014 con el País Vasco y que nos estaban haciendo el País Vasco las que son Cartera Básica, ahora una octava. Hay diez comunidades autónomas que están cribando más patologías que nosotros a que están cribando más patologías que nosotros, además de Ceuta y Melilla, serían doce. Se produce una clara inequidad respecto a los niños y niñas que nacen en nuestra comunidad. Con las de alrededor, en un tema tan sensible y tan de alto impacto, como puede ser, prevenir mortalidad o discapacidad en la infancia. Nosotros presentamos una moción, el grupo de UPN presentó una moción en 2018 que fue rechazada en el Parlamento, el Partido Socialista se abstuvo. Entonces, nos gustaría saber cuál es la posición o qué van a hacer en este sentido.

En siniestralidad laboral, ya ha hablado también, tenemos un gran problema. Los últimos datos, de enero a septiembre del 19 que publica el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, el índice de incidencia mensual y accidentes de trabajo con baja en jornada por 100.000 trabajadores en Navarra es un 28 por ciento mayor que la media nacional. Hemos pasado de liderar esto a ser el furgón de cola, sólo por detrás de Baleares, solo tiene peor dato que nosotros en el 19, Baleares. Y si hablamos de accidentes de trabajo mortales, los terceros por la cola, solo por detrás de Galicia y de Cantabria. Siendo el índice de incidencia mensual de accidentes de trabajo mortales, en este caso en el 19, un 67 por ciento mayor que la media nacional. El País Vasco tiene una composición de tejido económico muy parecida a la nuestra y está reduciendo el índice de accidentabilidad un 5,7 por ciento en el 2018, mientras Navarra lo incrementaba un 5,8 por ciento y la Reforma Laboral es la misma para toda España.

Estos son datos comparativos con el resto de las comunidades. Aquí, creo que también, tenemos que hacer una autocrítica. Creo que compartimos muchas de las acciones, algunas sí que me gustaría que en la réplica pudiera darnos mayor detalle o más adelante que nos pasara información como por ejemplo, el piloto que están implantando en las empresas que tienen mayor accidentabilidad u otras de campañas nacionales que he visto un poco en la petición de información que nos pasó, pero bueno, reflexionar y hacer autocrítica aquí también, en la necesidad de cambiar las políticas de prevención de riesgos laborales, además de abordarlo desde un espectro mucho más amplio. Ya hemos hablado largo entendido en el Pleno de la necesidad ya, del nuevo Plan de Empleo, de colaborar más entre administraciones, sindicatos y empresas, etcétera. Le pediríamos mayor ambición para el Plan de Salud Laboral, que ya me consta que parece que están empezando a abordar y aunque sea para iniciar en el 2021, ya sabemos todos lo que cuesta esto, que lo abordaran cuanto antes mejor.

En cuanto a estilos de vida, fuimos referentes también hace diez años en estrategia de autocuidados y los últimos cuatro años la estrategia de crónicos se ha ido desplegando sin que esto haya sido acompasado por disponer de material de autocuidados, lo sabe perfectamente

la señora Nuin. Hay alguna evolución de estilos de vida que mejoran, el sedentarismo y el tabaquismo, es obvio, pero bueno, nos preocupa alguna evolución de otros, la tasa de obesidad en adultos entre el 14 y el 17 se ha incrementado un 32 por ciento, aumenta la tasa de tabaquismo en estudiantes, estos son datos que he sacado del ministerio con peor dato que la media nacional. Bueno, quizás tengan más actualizados, los podemos valorar, pero vamos, los revisé estos días.

En cuanto a la Escuela de Salud, hay comunidades vecinas como la del País Vasco, que tienen una experiencia mucho más ambiciosa y creo que podríamos fijarnos en cómo lo han hecho. Mayor implantación en medidas efectivas que mejoren la autonomía y la prevención de la discapacidad y aquí enlazo un poco con la intervención anterior, y bueno, vuelvo a decir le podemos llamar implantación, piloto, llámelo como quiera.

Estoy de acuerdo en que el marco inicial del 2015 era reducido, es decir, solamente dos patologías, tres camas en Tafalla, con una integración del sociosanitario y también cogiendo la parte de domiciliaria. Tres camas, ahora una, después de cuatro años y medio y vamos a licitar por tres, es decir, limitado en el tiempo pero no han planteado todavía más y sí que estoy de acuerdo que tiene que ser más ambicioso, por supuesto, en ictus, en fractura de cadera y en muchísimos otros procesos, pero se puede empezar por algo.

En cuanto a la señora De Simón, reducir la fiscalidad es perfectamente compatible con apostar por esto, porque reduce costes y mejora calidad de vida, es decir, mejor gestión y este tipo de ámbitos desde luego es mucho más económico que tenerlos en los hospitales que es lo que está pasando ahora.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Señora Ibarrola debe ir acabando.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Termino ya sí. En cuanto al Observatorio, sí que nos parece una apuesta importante y que apostamos por que se desarrolle mucho más, porque creemos que va a ser de gran ayuda con el desarrollo pleno. Lo vemos bien como un inicio, pero está muy lejos de lo que están haciendo otros para poder realmente tomar decisiones tanto a nivel clínico como mejora de calidad asistencial, como a nivel de gestión. Son un ejemplo buenísimo a seguir el Observatorio de Resultados de Madrid por ejemplo, porque aquí tenemos un desfase muy amplio con los indicadores, pocos indicadores y de poca ayuda. Creo que se puede hacer, porque tenemos ya medios para actualizarlo con todos los datos que están en los sistemas de información.

En definitiva, termino, apoyaremos políticas de impulso y priorización de Salud Pública, pero vamos a ser exigentes y rigurosos en la evaluación y en el seguimiento de la efectividad y la eficiencia de las medidas y esperemos que nos proporcionen la información y ahí nos tendrán para apoyar este tipo de acciones. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señora Ibarrola. Continuamos con el Grupo Parlamentario Partido Socialista de Navarra, tiene la palabra su portavoz la señora Fanlo, por espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero agradecer una información muy detallada sobre este Plan de Salud Pública y Laboral, he de agradecer la presencia de la

señora Nuin, la Directora General del Instituto de Salud Pública Laboral. Desde el Partido Socialista de Navarra vemos claras cuáles van a ser las líneas de actuación y estas coinciden plenamente tanto con lo acordado en el acuerdo de gobierno, como con las directrices de nuestro programa. Unas líneas de actuación que dados los retos a los que se enfrenta la sociedad navarra, tanto en el ámbito de la Salud Pública y Laboral, pueden dar una correcta respuesta a esos problemas. Como muy bien ha dicho la Consejera, nosotros pensamos que las políticas de Salud Pública y Laboral son políticas transversales y que implican a todo el Gobierno de Navarra.

En cuanto a la Salud Pública de Navarra, desde el Partido Socialista pensamos que debe pivotar sobre ese Observatorio de Salud Comunitaria, por lo tanto, el potenciarlo es nuestra obligación, es obligación de este Gobierno. Uno de los objetivos prioritarios también para el Partido Socialista y para este Gobierno es la Promoción de un Envejecimiento Activo y Saludable de las navarras los navarros, ya sabemos que Navarra es la segunda comunidad de España con mayor esperanza de vida.

Otro punto importante, es la alarma social que ha generado la proliferación de las casas de apuestas y nuevas formas de juego sobre todo las apuestas online, y hace necesario impulsar medidas para prevenir las conductas relacionadas con la adicción al juego y la ludopatía. En ese campo el desarrollo del tercer Plan de Prevención de Drogas y Adicciones 2018-2023 nos parece fundamental. Además, va de forma paralela, con el desarrollo conjunto de la Ponencia del Juego en el Parlamento de Navarra, en la Comisión de Presidencia Interior con representación de todos los grupos, nos parece una medida adicional fundamental.

El cambio climático ya es una realidad innegable. Todos aquellos dirigentes y políticos que hagan esfuerzos en intentar negarlo, creemos que están cometiendo un gran error. La polución ambiental ya está considerada como el nuevo tabaquismo, provoca las mismas patologías respiratorias y cardíacas. Por lo tanto, en este sentido, todas las medidas para la disminución de la contaminación medioambiental sean bienvenidas, y de la misma forma apoyamos también ese Plan de Vigilancia del Mosquito Tigre. Sabemos que el cambio climático ha provocado que enfermedades típicas de áreas tropicales, como han sido el Dengue, el Zika, el Chikungunya, fiebre amarilla y el West Nile virus sean transmitidas por este vector y ya se han detectado casos en Valencia, en Cataluña y en las zonas Norte de España se ha detectado también este mosquito, como sabemos, tanto en Galicia como el País Vasco. Por lo tanto, mantener la diferencia vigilancia nos parece importante.

Los programas de Cribado de Detección Precoz, por un lado, los programas de Detección del Cáncer. En el año 1990, por un Gobierno Socialista se implantó de forma pionera en España y en Navarra también, la Detección Precoz del Cáncer de Mama. Ya han sido más de un millón de exploraciones de cribado realizadas en Navarra, más de 50.000 revisiones intermedias, y se estima que en estos años ya se han realizado más de 4 millones de mamografías, más todas las muertes que se han podido evitar en mujeres navarras con este programa. También el programa Detección del Cáncer Colorrectal, me sorprende que no lo haya nombrado cuando se implantó durante la legislatura en la que ustedes estaban gobernando, le tengo que decir que felicitarle, porque fue de las pocas cosas buenas que salieron de esa legislatura. Y por último, la implantación del programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello de Cérnix, que

me parece todo un acierto y darles enhorabuena porque su inicio está previsto para el año 2021, se beneficiarán 180.000 mujeres entre veinticinco y, sesenta y cinco años, se enmarca dentro de la Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y sólo podemos darles la enhorabuena.

Por otro lado, el *screen* de Metabolopatías en Recién Nacido, que ya la última implantación ha sido en octubre del 2019, con el Cribado de Déficit de Biotinidasa.

El repunte de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH también nos interesa al Partido Socialista, nos preocupa sobre todo en población joven, el de 36 por ciento, de los nuevos diagnósticos fueron en personas entre quince y treinta y cinco años. En esto, las políticas llevadas a cabo, ustedes, por partidos de derecha que han relegado las campañas de concienciación a cero, han hecho que haya un repunte. El hecho de que no hayan tenido en consideración la educación afectiva-sexual, que sí que se ha contemplado en la legislatura pasada con la implantación del programa escolar, ha hecho que haya bajado la vigilancia y no haya habido una concienciación social sobre el uso del preservativo, eso ha sido gracias a ustedes.

Por último y no menos importante, los programas de implantación de Prevención de la Obesidad Infantil nos parece necesario, haciendo mayor incidencia en aquellas áreas en Navarra donde se ha detectado mayor obesidad infantil y sobre tanto implementando programas de educación física y de estilos de vida saludable. En cuanto a la Seguridad Alimentaria, cabe recordar el precedente en nuestro país en el mes de agosto, en Andalucía, de aquel brote de toxiinfección alimentaria, listeriosis, asociada al consumo de la carne mechada, hacen necesario en Navarra también de normativas y de un Decreto Foral para la regulación de las actividades alimentarias en Navarra.

En cuanto al campo de la Seguridad Laboral, el aumento de la tasa de siniestralidad laboral nos preocupa, nos preocupa mucho al Partido Socialista. Vamos a hacer hincapié durante toda esta legislatura, entiendo que también les preocupa a este Gobierno. Lo sabemos, ya que nos consta que en el mes de noviembre se han reunido el Consejo Navarro de Salud Laboral con representantes sindicales y empresariales para abordar este nuevo Plan de Salud Laboral 2021-2024 y además para hacer un Plan de Seguimiento de la Siniestralidad Laboral. Nos costa que han comenzado colaboraciones explícitas en el campo de información y divulgación de prevención de riesgos laborales, con el Colegio Oficial de Arquitectos Vasco-Navarros y con asociaciones de empresarios y de empresas de la construcción.

En cuanto al Plan de Desamiantado, el Gobierno anterior puso en marcha el primer Plan Director de Eliminación del Amianto, que fue un primer plan en España, fue un pionero en este aspecto también uno de los primeros que se desarrollaba en Europa. Tenemos que recordar que en la Comunidad Foral existen más de 6 millones de metros cuadrados y 566 kilómetros de canalización de este material. Ya sabemos las consecuencias cancerígenas de este material y el Plan Director recoge propuestas de actuación para eliminación segura del amianto, además de campañas de información a la ciudadanía, formación para colectivos y profesionales.

Dar la enhorabuena por ese registro, Retecar, Registro de Carcinógenos en Navarra. Por último, desde el Partido Socialista estamos conformes con las líneas y directrices tomadas



desde las políticas de Salud Pública y Laboral. Apoyamos firmemente todas las medidas que se van a poner marcha desde este Gobierno, y no nos cabe la menor duda que harán de Navarra una comunidad más saludable, además de concienciada con la sostenibilidad y el consumo responsable. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señora Fanlo. Continuamos por parte del Grupo Parlamentario Geroa Bai con su portavoz la señora Ansa, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Buenos días otra vez. Realmente cuando vi el tema de esta comparecencia, no sabía muy bien qué se iba a hacer aquí porque me parece de una amplitud tal, que me parece inabordable, no para una comparecencia, como para veintisiete o veintiocho más o menos. Y realmente tampoco veía la finalidad de esta comparecencia porque no es fácil, no es fácil hacer un seguimiento de la ingente labor que lleva el Instituto de Salud Pública. Yo conozco bastante bien el Instituto de Salud Pública porque he colaborado muchas veces con ellos y realmente sigo sin saber muy bien para qué era esta comparecencia, porque si lo que se trataba era de ver qué es lo que estaban haciendo, necesitábamos más rato, si lo que se pretendía ver es si se están implementando las líneas y las tareas que se plantearon en el Plan, que a la señora de Navarra Suma no le ha gustado, del 2016 al 2020, yo tengo que diferir mucho, porque a mí me gustó mucho aquel Plan, porque realmente ponía las bases para poder seguir trabajando cuando ha habido una ausencia de muchos de los temas de Salud Pública en la agenda de Salud y eso era doloroso.

Dicho esto, a mí me parece muy importante la evaluación que se hace de todos los programas de Salud Pública, y me parece muy difícil porque todos sabemos que el trabajo que se lleva desde Salud Pública, sobre todo en Promoción de Salud y en Educación para la Salud, no es solamente lo que se hace desde allí, es cómo se hace y con quién se hace, y se hace con la población y se hace desde la población y, desde luego, hay muchos más factores que las líneas de Salud Pública que inciden realmente en el impacto e inciden realmente en los datos de evaluación y eso no lo podemos obviar, que qué está pasando, se han nombrado aquí el tema de la obesidad, el tema de las infecciones de VIH y el tema de la salud de los jóvenes. Yo he trabajado mucho en la salud de los jóvenes. Yo llevo veintiún años trabajando en la universidad con jóvenes y no está aumentando el tabaquismo. En Navarra es menos, los estudiantes en Navarra fuman menos que en el resto.

Entonces, por ejemplo no es ese, es decir, hay muchos datos y contradictorios simplemente, que qué pasa con los trabajos que hacemos en Educación para la Salud, que el trabajo que hacemos hoy lo vamos a ver dentro de diez, quince o veinte años. La ausencia de programas de educación en Educación Sexual por ejemplo, que durante un montón de años se dejó en un campo, no voy a decir muerto, pero sí que se dejó a la mano de Dios, se están viendo ahora, es decir, nuestros jóvenes universitarios son jóvenes que no recibieron una adecuada educación sexual, no, y lo estamos viendo ahora. Entonces, que qué va a pasar con las políticas que estamos haciendo ahora, que las veremos dentro de unos años, con lo cual el que se estén haciendo determinadas cosas y nos digan que no se está evaluando no es cierto, esto es mucho más lento, mucho más costoso. Esto un poco en cuanto en relación con las cosas que llevan con mi trabajo.

Siniestralidad Laboral, volvemos a lo mismo, Salud en todas las políticas, las políticas de Siniestralidad Laboral tienen que ver con la Salud Pública, pero tienen que ver con casi todo lo demás menos con la Salud Pública, con lo cual, veamos a ver cómo vamos a incidir con las otras políticas en Salud Pública. Y una cosa, un recadito para este tema, si hay algo que está generando unos enormes sufrimientos, claro, el tema de la mortalidad en los accidentes de Salud Laboral, eso es doloroso y aunque sólo hubiese una muerte cada tres años, ya sería un tema a abordar, pero no, nos olvidemos que el enorme sufrimiento que producen todos los riesgos psicosociolaborales que son difícilísimos de evaluar, que es difícilísimo implementar desde las empresas políticas de este tema, que son absolutamente necesarios que se hagan y que además, probablemente, redundarán en una disminución de los riesgos laborales y de la mortalidad, porque no sabemos cuántos de estos riesgos laborales, que acaban luego en muerte, están basados en los riesgos psicosociolaborales que son de difícil acceso. Entonces, bueno, esto un poquito para tener en cuenta.

Ya dos cositas, que estas sí que son casi anecdóticas. Una, yo siempre tengo mucha resistencia al tema de que qué pasa con, por qué tenemos que sacar pecho con determinadas cosas. El tema no es sacar pecho, el tema es realmente trabajar por la equidad de las personas, de la Salud a todas las personas y también garantizar que medidas a veces muy vistosas, son muy vistosas para sacar un titular en la prensa, pero realmente luego redundan poco en la Salud y entonces que esto también lo tengamos un poquito en cuenta. Dos cositas en este sentido, una, yo con el tema de las metabolopatías, realmente a mí me cuesta que no tengamos más, contemplados más datos, sé que desde Salud Pública dicen que se ajustan a todas las normativas y a todos los Consejos Médicos, pero a mí, yo reconozco que eso me cuesta. Y el otro tema, es el tema del Cribaje de Cáncer de Cuello de Útero, nosotros tenemos muy poca población, a lo mejor es un desconocimiento, pero mi sensación es que no tenemos una población con un riesgo importante en este sentido. Entonces, me pregunto si esto ha sido por equipararnos a otras comunidades, y ya con esto termino. Muchas gracias.

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

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, lehendakari andrea. Muchas gracias a la señora Nuin por la exposición que nos ha hecho. Sí que he echado en falta algunas cosas, además de lo que ha comentado la compañera de Geroa Bai, de que muchas de las líneas de trabajo que se desarrollan desde Salud Pública, sus efectos se tienen o se perciben a lo largo de bastantes años. Sí que hay dos aspectos que me gustaría, por lo menos, resaltar.

Por un lado, no se ha hecho mención a los determinantes sociales que para nosotros es uno de los pilares de trabajo para la Salud Pública y que la propia OMS indica que las enfermedades crónicas son el resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales, conductables y de las condiciones socioeconómicas de la población. Sin embargo, dentro de lo que es la Salud Pública, normalmente no marcamos líneas de trabajo que permitan mejorar estas condiciones socioeconómicas y que nosotros creemos que se debería hacer ese esfuerzo e intentar corregir esas desigualdades y esas situaciones de pobreza. Más que nada, porque estos días he estado releendo el informe *La Desigualdad en la Salud* que ha hecho la PN, trabajo para mí muy interesante, porque por un lado está dejando en evidencia que la

situación de salud de la población contra más pobre es, peor es y contra más tiempo en la pobreza está, más desarrolla enfermedades que luego son muy difíciles de corregir.

Otra de las cosas que me ha llamado la atención de este informe es, las lagunas todavía educativas y asistenciales que tenemos con una parte o con partes importantes de la sociedad. Probablemente también, las que tienen peores condiciones socioeconómicas porque les cuesta llegar más a la información, tienen peor formación y eso hace que no tengan capacidad o no tengan la suficiente capacidad para valorar los riesgos a los que se ven sometidos. Entonces era llamativo, cómo el control de la tensión arterial, según que nichos de personas estamos hablando de cierta edad, prácticamente desaparecía, no existía. Mientras que en las personas de cierto nivel económico, el control era más o menos el recomendable en otros ámbitos, era bastante bajo, eso hace que al no haber control sobre este tipo de patologías, luego los efectos sean enfermedades o sucesos de un ictus o un accidente cardiovascular que lo que hace es generar incapacidades, que yo creo que a través de esas programas y esas líneas de actuación se podrían corregir. Nos pasa lo mismo con el colesterol, nos pasa lo mismo con la alimentación y consejos poco preventivos en cuanto al consumo de ciertos alimentos que tienen unos riesgos añadidos para la salud.

También me pasa, pasa también con lo que serían las mamografías. Hay una evidente tendencia a no tener revisiones de salud conforme, digamos, la condición económica va bajando y es algo que yo creo que entre todos y todas deberíamos intentar corregir. Nos pasa también con las citologías, nos pasa con muchísimos controles sanitarios que están habilitados, que se supone que la Administración los ha puesto a la sociedad para que los utilicen, pero que luego su utilización, desde luego es mucho más limitada en unas franjas sociales que en otras. Lo mismo pasa con la asiduidad que se da a los medios, a la atención sanitaria. Por ejemplo, es curioso como las personas, digamos, más humildes, acuden más a los médicos, médicas de familia y, sin embargo, las personas de nivel económico más alto acuden, mucho más, a los especialistas, son sesgos que se dejan ver y que lo que conllevan es que hay una concepción sobre la salud propia muy distinta entre unas franjas y otras.

Sí que es cierto, y ahí comparto con Cristina el análisis de que, bueno, somos la segunda comunidad, la tercera con un índice de supervivencia más alto, pero no en buena salud y probablemente, sea porque tenemos déficit. Sí que es cierto que, si con el sesgo de lo que sería la edad media de la población se corregiría un poco, porque somos una comunidad bastante envejecida, pero no lo explica sólo eso. Quiere decir que hay algunos otros hábitos que por parte de la Administración se debería corregir, por ejemplo, uno de ellos sería el alcohol. Somos una de las comunidades donde el consumo de alcohol es más alto y hay una permisibilidad social que es evidente y que yo creo que habría que intentar corregir. Estamos hablando, además, de que nos estamos encontrando con casos de niños y niñas que con diez, once años acaban en urgencias con comas etílicos, es algo que yo creo que deberíamos tener una línea estratégica, diseñada para atender este tipo de problemas.

A nivel laboral, aquí, sí que me parece un tema preocupante por dos aspectos, por un lado, aunque se hagan más visitas a las empresas, sí que hay muchísima más accidentabilidad, ha crecido además de una forma, digamos, muy rápida y lo que denota es que también nuestros empresarios y nuestras empresas igual no están lo bien preparadas que deberían para afrontar

los retos que supone, son los máximos responsables de la salud de sus trabajadores y trabajadoras. Entonces, yo creo que ahí deberíamos hacer también un trabajo, una línea de trabajo específica para todas esas personas que tienen la responsabilidad gerente de la administración de estas empresas y que, por distintas causas, no están haciendo el trabajo de la mejor forma que se debería y es algo que al final, achacamos a los trabajadores y trabajadoras y normalmente son las víctimas. Normalmente los responsables de estos accidentes siempre están al margen del trabajador o trabajadora, que a veces puede tener equivocaciones por falta de formación, por falta de conocimiento, pero que muchas veces es por la propia organización empresarial, lo que le conlleva a asumir unos riesgos que no se deberían asumir.

Otro de los aspectos que me gustaría que se recogiera en Salud Pública es el derecho que para nosotros a veces es como muy anecdótico, pero que es muy trascendental y es el Derecho Lingüístico a que la Sanidad atienda en el idioma en el que tú, en el que tú te desarrollas. Y es que a mí me ha ocurrido ya varias veces, de personas que han tenido problemas a la hora de ser atendidos por los especialistas, porque no conocen su idioma, no conocen el euskera. En otros sitios además, tenemos unas poblaciones flotantes de otras partes del mundo, nichos de población muy importantes, que también tienen ese inconveniente y que de alguna forma deberíamos intentar corregir, también. Estamos hablando en la zona de la Ribera, en mi pueblo por ejemplo, estamos hablando de un 14 ó 15 por ciento de población magrebí que, a la hora de ser atendidos en la red sanitaria, incluso todos los aspectos de Salud Pública, tampoco les llega la información como sería lo más conveniente.

Sobre la propia plantilla del Instituto, también denota que es muy difícil planificar una actividad a largo plazo cuando la temporalidad que tienes entre tus trabajadores y trabajadoras es tan grande, porque uno de los defectos más grandes que nos estamos encontrando es la descapitalización del personal, es decir, estamos formando técnicos especialistas que desarrollan unas labores muy cualificadas dentro de nuestro organigrama de la Administración y que por problemas de falta de estabilidad en el trabajo, acaban yéndose a otros sitios a trabajar o a la empresa privada o a otras comunidades y perdemos personas con una capacitación enorme. Eso lo tenemos que corregir también. Yo creo y espero, que el Gobierno del Estado corrija estas limitaciones a la que sería la renovación de las plantillas de las Administraciones Públicas y a través de esas líneas que se nos puedan abrir, hacer, para mí, un Plan Director de Personal con la evolución esperada para los próximos años y saber un poco qué recursos se van a necesitar y poder tenerlos de forma anticipada y adecuados.

Sobre los veterinarios, sí que creo que ahí, a veces pecamos de cierta dependencia.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Debe ir acabando, señor González.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: O demasiada adaptación a las empresas, a la hora de que determinen los horarios a los que se va a desarrollar esas actividades y que eso es un sobre coste que sufre el personal de la administración y que yo creo que todos estos inspectores que creo que se merecen unas condiciones laborales mejores y que habría que hacer esfuerzo también, para equilibrar esas necesidades. Y bueno, el Plan de Crónicos, a veces hacemos planes y luego la satisfacción de las personas afectadas por esos planes, como el de crónicos, no son las mejores aunque puedan ser buenos y a veces son más caros, yo creo

que una de las cosas que conviene es estar continuamente auditando y revisando estos planes. Ahí sí que entiendo un poco lo que dice Cristina, que es imprescindible que todas estas líneas de trabajo se puedan auditar y se puedan evaluar para saber en qué estamos acertando y en qué fallando. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señor González. Bueno, para finalizar, de nuevo, ante la ausencia de la Agrupación de Parlamentarios y Parlamentarias Forales de Podemos-Ahal Dugu, tiene la palabra por parte del Grupo Mixto-Izquierda-Ezkerra la señora De Simón, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Presidenta, saludar de nuevo a la Consejera, señora Induráin, la señora Nuin y el señor Iribarren. Gracias por las explicaciones, sobre todo gracias por la documentación. Decía la portavoz de Geroa Bai que le parecía un tema muy amplio como para poder profundizar en cada uno de los aspectos en la comparecencia, yo lo comparto, con lo cual, poco me queda por decir que algo sí que diré, además de todo lo que han dicho todos ustedes y todas ustedes.

En todo caso, como decía, esto requiere un análisis por nuestra parte más detallado, pero en principio estamos totalmente de acuerdo con lo que han expuesto tanto la señora Induráin, como la señora Nuin, en relación con los estados, objetivos, estrategias y planes que tienen previsto a corto, medio y largo plazo en toda esta legislatura en relación con la Salud Pública y a la Salud Laboral. Además, es que yo creo que lo han dicho ustedes todo, han abordado el plan, el proyecto, el Plan General que tiene previsto aborda todo lo que tiene que ver con la Promoción y la Prevención de la Salud y la Detección Precoz de las Enfermedades, desde el nacimiento hasta el final de la vida. Y esto es lo que a nosotros no nos ocupa y nos preocupa porque es tener en una visión global y una visión general de todo lo que supone en la Salud Pública y la Salud Laboral.

Nos parece muy oportuno que se contemple una atención especial a esos grupos de riesgo, eso nos parece muy importante y luego hacer, quería hacer mención a tres o cuatro, bueno, a cinco elementos que para nosotros Izquierda-Ezkerra son fundamentales y sobre los cuales venimos haciendo un seguimiento desde hace años. Por una parte, está todo lo que tiene que ver con el control alimentario. Esperemos que esa unificación de los laboratorios se lleve a cabo cuanto antes, se lleva años en este tema y que por qué es fundamental, porque hay muchísimas enfermedades que se transmiten precisamente cuando uno come o cuando uno o cuando una bebe.

Otro elemento que nos ocupa y nos preocupa tiene que ver con todas las enfermedades dependientes, con la dependencia, todo lo que es la drogadicción, el juego, las apuestas y en este sentido lo tienen ustedes perfectamente contemplado, que tanto el Parlamento como el Gobierno siempre ha tenido y en esta legislatura particularmente una sensibilidad especial con esta cuestión, porque evidentemente afecta no solamente a las personas que las padecen, sino a todo el entorno y en este sentido también la prevención es fundamental.

En cuanto a la Salud Afectivo-sexual, a ver cómo lo digo, a ver, no hemos descubierto la pólvora ni este año ni el anterior ni hace treinta años. Yo lo digo porque yo recuerdo en mis primeros años de docente, abordando estas cuestiones con un contexto mucho más

complicado del que tenemos ahora, cuando hablar de preservativos, hablar de condones era un auténtico tabú y se hacía. No se hacía suficientemente bien y ahora tampoco lo debemos estar haciendo suficientemente bien, cuando se siguen produciendo embarazos no deseados, se siguen produciendo enfermedades de transmisión sexual, es que cada vez es más fácil acceder, a determinadas formas de conducta, voy a decirlo de alguna manera. Por lo tanto, esto requiere un continuo cambio y modificación de estrategias, tanto con la Prevención, la Detección y la Promoción además de la Salud Afectivo-sexual.

A mí particularmente, a nuestro grupo nos parece absolutamente necesario y fundamental incluir la educación afectivo-sexual en las leyes, en la Ley Educativa y en los currículos. Porque está muy bien el programa escolar, eso está muy bien, pero todos esos contenidos, objetivos que son de obligado cumplimiento que están en el Decreto Foral de Salud, que están en la Ley de Igualdad se han incluir en el ámbito educativo y se han incluir también de una manera específica que se concreta en la Cartera del Servicio de Salud y ahí nos queda un camino por recorrer, independientemente que a mí el programa escolar me parece un programa fantástico, estupendo, pero hay que abordar esto desde el punto de vista estructural.

Otro elemento, otro tema que a mí me preocupa, a nosotros nos preocupa mucho y tiene que ver con los accidentes de trabajo, la siniestralidad ha crecido en Navarra de manera alarmante. Este es un tema que venimos abordando desde hace meses y de hace años y principalmente desde el principio de legislatura, cuando en particular en el ámbito de la construcción se produjo ese repunte, ese repunte tan importante. Evidentemente, más prevención en riesgos laborales, más participación de las empresas, sindicatos y del Departamento de Salud y también en todo lo que tiene que ver el trabajo y desde luego, esto sí que requiere una atención prioritaria, prioritaria, sólo que Salud tiene una parte, solamente una parte en su capacidad de intervención. Aquí, las empresas tienen mucho que decir y tienen mucho, mucho, mucho que hacer, porque si hay accidentes laborales así, es porque las condiciones de trabajo no son lo suficientemente seguras, independientemente de esas reformas laborales que, en fin, hasta que se deroguen los trabajadores, las trabajadoras vamos o van a trabajar, sobre todo en los sectores peor pagados y con más riesgo, en unas condiciones que implicarán más riesgos.

Y ya termino con un comentario en relación con la Sanidad Ambiental. Aquí nos encontramos con el mismo problema, que desde el ámbito sanitario y desde la Salud Pública se puede intervenir, pero hace falta una intervención del resto de los departamentos, si hay contaminación por agua, bueno, el tema del amianto, los carcinógenos, he dicho bien, a los que estamos expuestos no solo los consumidores, las consumidoras y la ciudadanía cuando se pasea por la calle también con la contaminación medioambiental que cada vez es más grave y más amplia, sino también en el ámbito del trabajo. Por lo tanto, esto es tan amplio, tan amplio, yo creo que requerirá como no puede ser de otra manera que vayamos abordando cada uno de estos aspectos y otros, pero estos en particular, de una manera más sosegada. En todo caso, les felicito por su intervención y por la documentación, porque yo creo que uno se puede hacer o una, yo particularmente me he podido hacer a la idea de lo que suponen todos los planes o expectativas que tiene el Departamento de Salud en relación con esta cuestión. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señora De Simón. Vamos a suspender la Comisión por un espacio de cinco minutos, para que puedan organizar la réplica la señora Consejera y la señora Nuin. Suspendemos por un espacio de cinco minutos.

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 55 minutos).

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

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Bueno, reanudamos la sesión. Con bastantes bajas, por lo que estoy viendo, pero bueno quedamos los portavoces que eso es importante. Le damos la palabra a, bueno aparte de los portavoces alguno más, señor Esparza. (RISAS). Le damos la palabra a la señora Consejera para su turno de réplica, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduña): Bueno, desde luego ha sido un gusto oírles a todos ustedes, porque después de una sesión tan larga en la que, como se comentaba en esta exposición, es que realmente el planteamiento era tan global que corríamos el riesgo de ser excesivamente poco minimalista, incluso poco transparentista, si no contábamos todo, pero éramos conscientes de que esto siempre iba resultar insuficiente, pero he de comentar, que me quedado gratamente sorprendida, porque han comentado y han hecho tantas aportaciones en cuestiones concretas que desde luego, una, nos va a ser muy valioso para recogerla y otra, siempre que deseen que volvamos a este foro para dar explicaciones más concretas, no duden que vendremos encantadas.

Entonces por no entrar ni alargar demasiado, comentarles yo tres cuestiones y luego seguirá la directora gerente. Temas que han salido concretos del cáncer de cuello, que se ha preguntado, vamos por comentar sin más, es verdad que tenemos una situación en Navarra muy parecida a la de los países del norte de Europa, que a nivel mundial el cáncer de cuello de útero ocupa el cuarto lugar y en España también ocupa el cuarto lugar de mortalidad en mujeres, por detrás de cáncer de mama, colorrectal y de pulmón. Pero también es verdad y hay recomendaciones de la Unión Europea y también en este año, en abril del 2019 se estableció en Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, porque la detección precoz sí que ha demostrado su eficacia y efectividad consiguiendo disminuir la mortalidad de forma significativa, por lo que las estrategias de detección precoz en combinación con la vacunación, se consideran una forma efectiva de control y de posible erradicación de la enfermedad. Y porque también hay una realidad, aquí sí que tenemos una detección oportunista en el tema del cáncer de cuello de útero, pero también es una realidad que quienes más participan son las mujeres que tienen un nivel socioeconómico más alto y hay menos participación en mujeres que tienen un nivel socioeconómico más bajo y de menos riesgo. Entonces, el hacer un planteamiento de tipo poblacional va a conseguir que desde luego llegue mucho más. También es decir que en este tema un aspecto muy importante es el de la accesibilidad, entonces, también se está trabajando en este campo, nombrándolo a nivel de pasada, un poco.

En el tema de estilos de vida que se han comentado, desde luego es un trabajo, qué duda cabe, amplio ambicioso que como se comentaba, no podemos dejar de trabajar porque efectivamente los resultados los vemos y somos conscientes que desde muchos aspectos se ha hecho poca incidencia en temas de comunicación. Todos recordamos campañas muy

importantes que dejaron un poso y que fueron imitadas a nivel nacional, pero son del año 90 y no entro ya en valorar que gobiernos sí, que gobiernos no, porque yo creo que es fácil de saberlo. Entonces he de reseñar en este aspecto, porque hay un tema que me parece muy importante, que la estrategia de Atención Primaria que se aprobó en finales de la legislatura pasada, es estrategia de Atención Primaria y Comunitaria. Quizás también porque en la Atención Primaria un planteamiento es, y todos yo creo que en estos aspectos en los que había coincidencia y se ha señalado, que el tema no es, más años de vida, es qué calidad de vida a esos años y en esto hablamos de un envejecimiento activo y saludable y en esto estamos y tenemos que estar en común trabajando de manera comunitaria.

Y hay experiencias muy buenas, por ejemplo, en el la zona básica de salud de San Juan, el equipo de Atención Primaria en colaboración con una serie de organizaciones sociales, unas cuantas organizaciones sociales han hecho un pacto por el mayor, sabiendo que estos aspectos de estilos de vida, que abordan desde alimentación, que abordan desde temas relacionales, que abordan desde ejercicio adaptado, etcétera, no son solo de Salud, son interdepartamentales y tiene que ser en el ámbito comunitario donde se trabajen. Y en ese aspecto, es verdad que la información que nos da el Observatorio es una información valiosísima, porque la obesidad infantil en global está aumentando, pero si uno mira los datos que nos dan y que tenemos zonas básicas en Navarra con una obesidad infantil más alta. Haremos un análisis en la zona norte de que igual esas zonas son por condicionantes culturales. Haremos otros análisis si en zonas de Pamplona, por qué esas zonas, comparativamente con otras tienen más obesidad infantil, probablemente por determinantes socioeconómicos.

Hay aspectos en los que ese dicho de que cuenta más el código de barras de donde uno vive, que el código genético, es una realidad. Entonces, eso qué va a permitir, que los planteamientos de activación comunitaria vayan como hemos estado comentando, más enfocados y tienen que tener, desde luego, esta estrategia. Bueno, no quiero remarcar más, porque yo creo que esto lo que he comentado antes, en aspectos concretos, en áreas, en planes si lo desean, nos lo piden y volvemos a plantearlo. Sí que con temas muy concretos que han salido y que son los que efectivamente, esta vacuna sí, no, sociedades científicas que opinan esto, lo otro, hay una serie de cuestiones que además Marian Nuin, como Gerente Directora del Instituto de Salud Pública forma parte de la Comisión de Salud Pública del Interterritorial a nivel del Estado. Entonces le paso la palabra ella para que comente.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL (Sra. Nuin Villanueva): Bueno, la verdad es que para mí era la primera experiencia de venir aquí a exponer estos temas a este ámbito y me ha resultado gratamente sorprendente, porque la verdad es que agradezco a todos y a todas las aportaciones, en el sentido de que todo nos va a enriquecer el próximo plan que hagamos. Además igual a uno le parece que queda muy claro que se está contemplando determinados aspectos en su exposición, en su plan y es importante también recibir el *feedback* de ustedes en este caso, porque ves que igual algunas cosas hay que remarcarlas más o hay que explicarlas más, etcétera.

En relación con lo del plan, señora Ibarrola, en este momento lo que vamos a hacer es la evaluación, aunque dice que no tiene indicadores etcétera. Sí que realmente el Instituto suele



hacer una Memoria muy exhaustiva de lo que hace cada año y de hecho esa Memoria está publicada. Tendremos, yo creo, que este plan ha resultado de mucha ayuda, o sea, de muchísima ayuda para el desarrollo de la legislatura anterior, aunque la percepción pueda ser distinta, depende de cada uno como lo mire, pero a mí sí se me ha transmitido que ha servido como un elemento que ha aglutinado al Instituto para avanzar con unos objetivos comunes y desde luego toca evaluarlo y toca hacer, pero hacer, suele costar un poco también. Entonces, yo creo que, a partir de la vuelta de Navidad, en cuanto se haga la evaluación, nos pondremos a hacer el próximo plan, igual es el Plan de Acción de Salud Laboral, que también, aunque es 20, toca hacer este año para tener ya uno disponible cuando empecemos en enero del 2021.

En el otro tema, el de las vacunas y las metabopatías, esto es complicado. Las metabopatías no dejan de ser un cribado. Cuando se hace un cribado, un cribado tiene que cumplir una serie de características, que es, que están muy bien definidas y que las tenemos muy aplicadas a lo que son los cribados de cáncer, pero que también en otros ámbitos hay que aplicarlas como qué magnitud tiene, cuánto de fiabilidad tiene la prueba diagnóstica que estamos empleando, qué significa cuando nos da un positivo o cuando nos da un negativo, qué posibilidad de tratamiento tiene esa enfermedad, qué posibilidad de prevención de mortalidad, de disminución de mortalidad. Todos estos elementos, a veces unos tienen más importancia que otros y es cierto que las metabopatías y con lo que significan los niños recién nacidos para nosotros, igual el aspecto de la magnitud no nos vale, pero los demás, sí que nos valen también.

Cuando he comentado este tema, también es cierto que ahora, a veces la técnica por la que se hacen las metabopatías te sirve para un montón de pruebas, pero a veces es difícil también interpretar los resultados que nos salen, por eso nosotros aquí, o sea, el criterio que seguimos es el de la evidencia científica y el de las recomendaciones que dan las ponencias de un grupo de expertos que entendemos que son expertos independientes que tienen la máxima capacidad para analizar esa evidencia y desde luego, lo que tenemos claro es que en cuanto se haga una recomendación desde una ponencia y la Comisión de Salud Pública lo apruebe en Navarra, lo pondremos en marcha.

Entonces, en ese sentido por ejemplo, en el tema de las metabopatías, en este momento se está, digamos, que hay unas aprobadas, el déficit de la biotinidasa ya se ha puesto aquí, aunque todavía no forma parte de la Cartera de Servicios de Salud Pública a nivel del ministerio. Hay otras tres enfermedades que se está estudiando poner: la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, la homocistinuria y la acidemia isovalérica. Esas tres en este momento están en el estudio, desde luego, si se hace la recomendación y esa recomendación pasa a la Comisión de Salud Pública y se acepta, vamos, lo pondremos en marcha.

Lo mismo pasa con las vacunas, es decir, vacunas puede haber muchas, pero estamos un poco en lo mismo, es que estamos haciendo unas recomendaciones de prevención a población sana y no es lo mismo, o sea y eso tiene también mucha responsabilidad, en el sentido de que, a ver, de que siempre hemos dicho no es lo mismo que la persona con un problema venga a la consulta y tú le atiendas, que una persona a la que haces una recomendación, tienes que estar muy segura de que lo que estás haciendo es para su bien. De hecho, a veces tanto esfuerzo como en decir, hay que implantar este cribado, hay que decir no hay que implantar este otro y

en eso también tenemos experiencias. Entonces, en ese sentido con las vacunas pasa lo mismo en el momento en que la Ponencia de Vacunas dé su recomendación para nuevas vacunas, nosotros las incluiremos en calendario, viendo también el coste-oportunidad. Es decir, una vez que pasa todas las barreras de la magnitud del problema, de la epidemiología, de la seguridad, de la efectividad, luego no dejemos de pensar que no tenemos recursos ilimitados y que también hay que hacer un balance, lo que se pone en un sitio no se pone en el otro, con lo cual hay que ser muy exquisitos también.

En ese sentido también, con las vacunas y un poco, contestando a Cristina Ibarrola, también hay en estudio una serie de vacunas en este momento. La Comisión de Salud Pública ha encargado a la Ponencia Vacunas para el año 2020 que evalúe sobre: la vacunación sistemática frente hábitos papiloma humano en varones adolescentes; la vacunación sistemática frente a rotavirus en población infantil, porque ya se ha incorporado en el calendario para los prematuros; y la vacunación sistemática frente a gripe en población infantil. Esas tres están en estudio en este momento y digamos que la Ponencia ya está acabando el informe favorable para la vacuna de herpes Zoster para adultos, que habrá que estudiar su coste, ver la disponibilidad de vacunas y ver cómo se incorpora. Esa es un poco la situación en ese momento.

A veces destacamos las comunidades que añaden más vacunas, a veces también hay, sin desde luego meterme en absoluto con ninguna comunidad que tenga más, hay que oír a veces a esas comunidades también cuáles son los motivos o cuánto de rigor científico tiene lo que están incorporando. Yo creo que tiene mucho valor y es algo que se solicita mucho a nivel de todo el Estado, que haya un calendario vacunal único, por ejemplo. Entonces, en ese sentido, no sé si tenemos que sobresalir por saltarnos el calendario o precisamente por mantener unas directrices para todas las comunidades. Otra cosa, no sé si acabo ya.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Bueno, se le ha acabado el tiempo hace tres minutos, pero como es su primer día, el próximo día ya le explicaremos los colores del reloj para que vaya ajustando.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL (Sra. Nuin Villanueva): Lo dejo que estaba bien.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): No, no, acabe, acabe.

SRA. DIRECTORA-GERENTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL (Sra. Nuin Villanueva): No tengo ningún problema en acabar y ya está. Con el tema de la siniestralidad laboral, que desde luego es un tema importantísimo y es cierto que estamos subiendo en accidentes laborales y eso es innegable, nos preocupa a todos y todas y lo tenemos que abordar, con un análisis de causas cada vez más fino y con la implicación de todas las personas que ahí participan. Pero igual merece la pena también esperar a acabar el año de nuevo para tener un índice de accidentabilidad común, ajustado a nuestra estructura económica. Y esto solo sale a fin de año, entonces, nuestra distribución de sectores no es la misma y en los dos últimos años que se ha hecho, siempre cuando hacemos ese índice ajustado y no es justificación, porque no lo considero un mérito, estamos un poco por debajo del conjunto del Estado y seguimos manteniéndolo y lo veremos a final de año y entonces podremos ya

también hacernos una idea más precisa, lo cual, como digo, no es una justificación. Gracias y otro día ya me ajusto al tiempo.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): (RISAS) Ajustaremos el tiempo en las próximas veces, como digo, las primeras veces a todos y a todas nos ha pasado ajustar los tiempos. Antes de dar por finalizada la Comisión, quiero despedir a la señora Consejera, a la señora Nuin y al señor Iribarren, he de agradecerles como siempre su presencia en esta Comisión y tengo que decirles que cuando consideren oportuno queda abierta para, si necesitan hacer alguna exposición o lo que consideren oportuno. Y ahora sí, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión muchísimas gracias.

(Se levanta la sesión a las 12 horas y 18 minutos).