



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

X Legislatura

Pamplona, 15 de septiembre de 2020

NÚM. 17

TRANSCRIPCIÓN LITERAL

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.^ª AINHOA UNZU GARATE

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 15 DE SEPTIEMBRE DE 2020

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la situación generada en listas de espera tras la gestión realizada durante los meses de pandemia por Covid-19.

(Comisión transcrita por la UTE Naturalvox-MondragonLingua)

(Comienza la sesión a las 12 horas y 21 minutos).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la situación generada en listas de espera tras la gestión realizada durante los meses de pandemia por Covid-19.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Buenos días. Egun on. Bienvenidas a todas las personas presentes en la sala y también saludar a los compañeros y compañeras que nos están siguiendo, miembros de esta Comisión a través de los medios telemáticos. Damos inicio a esta Comisión de Salud con un único punto en el orden del día: Comparecencia para que la Consejera de Salud explique la situación generada en listas de espera, tras la gestión realizada durante los meses de la pandemia por el Covid-19. Damos la bienvenida en primer lugar, a la Consejera Santos Induráin y así como a Javier Apezteguia que hoy le acompaña, es el Director de Asistencia Sanitaria al Paciente. Esta comparecencia ha sido solicitada por la señora Ibarrola, Portavoz del Grupo Parlamentario Navarra Suma que, si así lo considera, tiene un breve espacio de tiempo para explicar los motivos de la solicitud de esta convocatoria.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchas gracias, Presidenta. Buenos días y bienvenida a la Consejera y al equipo que la acompaña. La pandemia ha focalizado toda la atención de la gestión sanitaria en estos últimos meses. Es algo entendible en los primeros momentos, pero cada vez cobra más impacto que el empeoramiento en resultados en salud de la población producido por un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de patologías graves que no tienen nada que ver con el Covid, cada vez hay más publicaciones que lo avalan. Resulta urgente identificar cuanto antes los problemas que están generando esos posibles efectos negativos en la salud de las personas en Navarra, resolverlos en la medida de lo posible, cuanto antes y poner los medios para evitar que esto ocurra a lo largo del tiempo que nos va a quedar de convivir con el virus.

Muchos de estos problemas pueden estar en relación con las listas de espera para recibir atención sanitaria que han ido empeorando a lo largo del tiempo. El Covid ha provocado que la lista de espera, principal preocupación de los ciudadanos en relación con la salud haya cambiado con la interrupción de la pandemia, haya dejado de estar en el punto de mira y compartimos que en un momento complejo como el que estamos viviendo, no debería ser motivo de alarma, un retraso en procesos que puedan esperar sin suponer un empeoramiento para la salud. Pero tenemos que ser conscientes que ya llevamos seis meses de pandemia y no sabemos cuánto puede durar, lo que obliga a restablecer lo máximo posible la atención a otros problemas de salud a la vez que se gestione la pandemia.

Disponemos de los datos de lista de espera, aunque con más retraso de lo que nos gustaría para poder hacer una evaluación actualizada. Pero queremos que nos explique dos aspectos críticos, nos preocupa mucho, se lo dijimos hace unos días, las alrededor de 12.000 personas que salieron de lista de espera sólo en el mes de marzo, con prácticamente consultas, pruebas diagnósticas y quirófanos cerrados. Esperamos que nos explique cómo se ha realizado esto y si se ha vuelto a citar o no a esas personas más adelante.

Segundo, nos preocupa también el importante incremento que se ha producido en tiempos de espera en primera consulta, en revisiones, en pruebas y en cirugía. Entendemos que las

situación es compleja y era previsible que tuviera un impacto en las esperas, pero nos gustaría que nos explicara qué acciones están llevando a cabo para identificar y priorizar a los pacientes de lista de espera, cuya demora puede tener consecuencias relevantes en el deterioro de su salud y que necesitan no retrasar una valoración clínica, un seguimiento, un diagnóstico o un tratamiento.

Esperamos por ver la primera diapositiva con la que va a empezar su exposición. Espero francamente, que haga una comparativa adecuada que utilice las mismas gráficas también en cirugía y en revisiones con el periodo de tiempo y que tenga en cuenta también como nosotros lo tenemos, las circunstancias que generaron un aumento teniendo en cuenta que ahora disponen en el presupuesto de nada más y nada menos que 350 millones de euros, aproximadamente, más en Salud que en el año peor de la crisis. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Muchas gracias a usted, señora Ibarrola. Bien y para responder a la solicitud de la portavoz de Navarra Suma tiene la señora Consejera un espacio máximo de treinta minutos, cuando quiera.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Buenos días, egun on a todas y todos. Gracias por estar de nuevo aquí juntos en lo que está siendo una vuelta intensa al curso político, aunque tras este verano complejo en el Departamento de Salud, en el que, como bien saben, no hemos parado. Las listas de espera efectivamente son un tema importante desde el punto de vista de la gestión sanitaria y desde luego que muy sensible para la ciudadanía. La verdad es que me gustaría haber venido aquí con otra situación y con otras noticias, pero creo que hay que ser claros y honestos y hay dos cuestiones que son evidentes.

La primera, a tenor de los datos recientemente conocidos son 43.802 las personas que están esperando a una primera consulta y 7.200 las que están en lista de espera quirúrgica estructural en agosto. Esta es la situación de listas de espera, que no es ni mucho menos la deseada ni la esperada por nadie, empezando por nosotros mismos, porque en el arranque de legislatura, por estas mismas fechas señalamos que era una apuesta estratégica el intentar inflexionar la tendencia de estos parámetros que al final de la pasada legislatura, una legislatura que fue fructífera en este ámbito, aunque las cosas se torcieron al final por diferentes factores que también son de sobra conocidos, como fue la huelga médica entre otras razones. Por tanto, es de justicia reconocer que la situación en lista de espera, sobre todo en las de primera consulta, no es una situación buena. Son datos que no serían asumibles en condiciones normales y que somos conscientes que están afectando a muchas personas.

Pero la segunda cuestión que también se ha reflejado, es evidente, Navarra ha padecido y sigue padeciendo una situación excepcional, sin precedentes que ha afectado de lleno al sistema sanitario como es la Covid-19. La pandemia ha tenido un impacto directo y determinante también en la lista de espera, como podrán comprobar y trataremos de explicar antes de pasar a adelantar qué pretendemos hacer en la nueva etapa que se avecina, porque parece que la pandemia a corto y a medio plazo ha venido para quedarse y hay que gestionar ese difícil equilibrio entre contingencia y recuperación de la actividad ordinaria: Covid y no Covid. Porque eso debe ser uno de nuestros principales retos dentro de la enorme y profunda organización del sistema sanitario que, como todos somos conscientes, ha ocasionado la irrupción de este virus y esto vale para las listas de espera, pero va mucho más allá de ellas.

Es cierto y preocupante que las dos listas de espera más significativas, las de primeras consultas y las quirúrgicas, han ido creciendo desde primavera, pero también lo es que adoptando una perspectiva temporal más amplia, el hecho de que después de toda una primera y aguda ola de pandemia, los datos estén en una situación como pocos similares al mes de enero, también merece una reflexión en favor del gran esfuerzo de adaptación del sistema y del gran esfuerzo de los profesionales que no han parado de hacer cosas y de reorganizarse durante meses, aunque lógicamente, hay que dar pasos más allá y retomar cuanto antes la incipiente senda positiva que se había iniciado a principios de año. Febrero, ya experimentaba una mejoría respecto de enero, y esto se vio truncado por el Covid-19. Adelanto estas dos realidades y evidencias, no con el ánimo de buscar excusas, sino todo lo contrario para compartir una situación que creo que es real y que es el punto de partida en este reinicio de retos estratégicos al que nos hemos visto obligados. Las listas de espera o los tiempos de espera, como preferimos llamarlo son, en cualquier caso, una consecuencia y no una causa y un asunto mucho más complejo que números y plazos, algo que, como ya veníamos diciendo, requiere una mirada y estrategias estructurales, porque influyen muchas cuestiones, como es la coordinación entre niveles asistenciales, el juego de la oferta y la demanda.

En varias comparecencias sobre este tema, creo que ya hemos abundado en este análisis para huir de simplificaciones, pero creo que en esta sesión toca sobre todo centrarse en la incidencia que ha tenido, tiene y tendrá el Covid en algo que más allá de la cuestión política, afecta a muchos pacientes que están esperando una operación, una consulta y a ellos les debemos una explicación y una acción, una propuesta asumible y realista sabiendo que quizás puedan no cubrir sus legítimas expectativas, pero partiendo de que la ciudadanía está dando una gran lección de compromiso y de comprensión ante todo el tsunami que ha supuesto el Covid-19, y manteniendo en todo momento un alto grado de confianza en el sistema de salud y en sus profesionales. Esto no es en ningún momento pedir un cheque en blanco, sino todo lo contrario. Sabemos que tenemos en nuestro deber dar una respuesta y poner los medios necesarios para reconducir la situación. Pero, antes que nada, conviene repasar lo sucedido, analizar de dónde venimos y por qué estamos donde estamos y luego abordaremos el a dónde vamos y cómo hacerlo.

Antes de analizar el efecto Covid-19 y en las listas de espera, permítanme que repase algunos antecedentes previos, como comentaba nada más asumir la Consejería, el tema de las listas de espera entró en nuestra agenda, como, desde luego, no podía ser de otra manera. Y como he dicho, después de que llegaran a tocar techo, al menos en lo que se refiere a primeras consultas al final de la legislatura 2011-2015 con más de 54.000 personas, la legislatura siguiente tuvo dos partes muy diferenciadas, una primera mitad larga en la que desde la gestión se logró una importantísima reducción, hasta situarla por debajo de los 30.000 en junio del 2018, para dar paso luego a un repunte al final de este periodo que las elevó de nuevo tendentes a los 40.000 en el verano pasado. Hubo, como siempre, distintos factores en esta evolución y el conflicto médico que arrancó a principios del 2019 está clara su influencia. Nuestro mandato empezó en este contexto de conflictividad. Una prioridad de este equipo, no solo por su efecto en las listas de espera, sino por también razones de reconocimiento y la necesidad de mejorar condiciones del colectivo médico, y ello nos llevó a un acuerdo que puso fin a esta situación, tras un proceso de diálogo y de negociaciones. En diciembre del 2019,

llegó un pacto que continuamos implementando, aunque con las dificultades lógicas derivadas de la pandemia.

En paralelo, se trabajó un plan de choque basado sobre todo en una actividad extraordinaria que nos permitiera, marcar un punto de inflexión para abordar luego una reforma más estructural y más estratégica de este problema en los tiempos de espera. El escenario de arranque del 2020 empezaba a ser propicio para afrontar con decisión un cambio de ciclo respecto a las listas de espera tras este acuerdo que he comentado con el sindicato médico y también con la puesta en marcha de un grupo de trabajo multidisciplinar para consolidar este giro. Como recordarán, también llegamos a un compromiso de ir de la mano con esta Comisión para tratar este tema. Y en ese momento, en febrero es cuando llegó la pandemia del Covid-19 y además de la larga serie de personas que enfermaron, y por desgracia, muchas de ellas también fallecieron, la conmoción social, el reto institucional y político que supuso nos obligó a reorganizar todo el sistema sanitario en todas sus facetas y vertientes, y esto de un día para otro.

Hospitales con espacios Covid, hoteles medicalizados, atención primaria enfocada en los casos posibles y en el seguimiento de pacientes en domicilio con dificultades para la atención presencial. El Covid-19 ocupó todo el espacio asistencial y en este marco las listas de espera se vieron afectadas. No hace falta que les dé más detalles sobre todo esto, porque lo hemos visto, padecido y sobrellevado juntos y juntas. En el Plan de Contingencia de cada centro, al inicio de la pandemia estableció las premisas de actuación en las distintas áreas que voy a marcar en líneas generales.

En el área de consultas, el mantenimiento de suficiente personal para dar respuesta a la actividad de consulta no demorable por criterio clínico y priorizándose en la medida de lo posible el formato no presencial, la revisión de las Agendas para dar respuesta de forma prioritaria a las citas especiales y citas preferentes, realizar contacto telefónico con los pacientes para evaluar la situación y determinar las medidas a tomar en cada caso y la organización de cada equipo de la manera que consideraron más eficiente para realizar esta tarea disminuyendo la posibilidad de contagio.

En el área quirúrgica, se suspendió la mayor parte de la actividad quirúrgica programada, destinando gran parte de los recursos tanto físicos y humanos del área quirúrgica a la asistencia de pacientes críticos. Se limitaron los recursos quirúrgicos a los necesarios para realizar la cirugía urgente, la cirugía oncológica preferente y urgencias diferidas.

En el área exploraciones complementarias, se distribuyeron horarios para adecuarlos a las necesidades sanitarias. Se reservaron franjas horarias para pacientes Covid. Se mantuvieron las actividades preferentes y urgentes suspendiéndose el resto de la actividad. El Covid-19 tuvo un doble efecto en las listas de espera, paradójicamente, en una primera fase, en marzo, abril y mayo, provocó un descenso de las mismas y luego, a partir de entonces, ha generado un nuevo alza sostenida, un alza esperada, mucho mayor en consultas. Ambas cuestiones tienen su explicación diferente para cada tipo de actividad, como voy a comentar.

Todos sabíamos que la bajada era un efecto coyuntural y que tendría su efecto rebote. La llegada del periodo vacacional es totalmente necesario para unas plantillas que venían de

afrontar de manera intensa pico de la pandemia y con el repunte veraniego del Covid-19 en los niveles que se han producido, han acentuado esta subida que ya esperábamos. De todas formas, quiero subrayar y dejar claro que hasta en los peores momentos de la pandemia, todos los planes de contingencia blindaron mantener todas aquellas consultas y operaciones no demorables que afectaban a situaciones vitales. Creo que así lo ha vivido y reconocido a quien, por desgracia, le ha tocado estar en un proceso serio, en un proceso grave.

En el mes abril, en el peor momento de la pandemia, se realizaron en la red, 865 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 339 fueron urgentes y 526 programadas. En los Hospitales de Día, se ha continuado con los tratamientos no aplazables, por ejemplo, en la red en abril se realizaron 1.515 tratamientos de oncología médica a 1.254 pacientes distintos, 330 de pediatría a 236 niños también en reumatología, neurología, neumología, digestivo y por supuesto, tratamiento renales sustitutivos, como la hemodiálisis, no han parado en ningún momento. De hecho, en abril se hicieron 3.400 a 268 pacientes. Como ven y quiero resaltar, el sistema no ha parado, aunque no haya podido llegar a todo. Tiempo habrá de analizar más a fondo otros efectos secundarios del Covid en diferentes patologías y situaciones que se han dado aquí y en todos los sistemas sanitarios. Pero este es otro tema que no por ello es menos importante y que va a ser una de nuestras prioridades y ejes claves, aunque siempre lo hemos tenido presente.

Así, volviendo de nuevo hacia atrás, desde junio todos los centros se han centrado en la recuperación de la actividad habitual, aunque no se ha llegado a los niveles de actividad de otros años, debido por un lado, a las medidas de seguridad imprescindibles en el marco actual, de nuevo el equilibrio entre contingencia y nueva normalidad y a la llegada del periodo vacacional, como comentaba, necesario tras el esfuerzo, el trabajo ha sido muy importante. Podría darles diferentes datos de todo esto, aunque puede servir de ejemplo que la actividad acumulada anual de consultas presenciales primeras y sucesivas hasta agosto de este año, realizadas en red, supone el 74 por ciento de la realizada en el mismo periodo en el 2019. Si añadimos en el cálculo, las consultas no presenciales y las INP, interconsultas no presenciales realizadas, tenemos que la actividad de consultas externas realizadas en la red en el año 2020, supone el 88 por ciento de las realizadas en el año 2019.

La actividad quirúrgica total realizada hasta agosto en 2020 en la red es el 75 por ciento de la del 2019 y si nos centramos sólo en la ligada a lista de espera, supone el 74 por ciento. Sirva esto para señalar que, pese a que los datos sobre el acumulado de las listas de espera son altos y no deseados, lo cierto es que el sistema no ha parado, todo lo contrario, pero resulta difícil en tan poco tiempo darle la vuelta a todo lo derivado, de estos duros meses de pandemia.

Los datos absolutos de personas en espera, tanto de lista de espera de consultas como de lista de espera quirúrgica, son mejores que los de enero: 149 menos, en el primer caso de listas de espera de consulta; y 716 menos, en el segundo caso. Aunque no podemos decir lo mismo de los tiempos de espera, lo que también nos preocupa y desde luego, que nos lleva a seguir trabajando. Pero eso hablaremos luego, al final de la comparecencia. De momento, vamos a analizar qué ha sucedido. Para que puedan dimensionar el efecto Covid es importante conocer cómo se ha funcionado y cómo se han podido registrar las actuaciones extraordinarias

realizadas en los centros con los medios y con las aplicaciones disponibles de gestión de pacientes.

El efecto en la lista de espera de primeras consultas, comentaré que las agendas de consultas externas de la segunda quincena de marzo y parte de la de abril estaban ya programadas cuando comenzó la epidemia, siguiendo las pautas del Plan de Contingencia para las consultas externas, voy a comentar que se actuó de la siguiente manera: Traspaso de la actividad presencial a no presencial, desde el 16 de marzo y hasta finales de abril, se llamó a los pacientes citados para, por una parte, identificar a los pacientes indemorables que tenían que ser vistos en consulta presencial, a pesar de las circunstancias de confinamiento; y por otra parte, con diferente éxito en función de las especialidades, poder realizar la consulta de una manera no presencial, telefónica; y por último, en aquellos casos en los que la consulta telefónica no podía ser resolutive y si el estado del paciente lo permitía, retrasar la consulta presencial.

Durante las semanas en las que no pudo desarrollarse prácticamente actividad presencial, los diferentes servicios realizaron revisiones de la lista de espera de primeras y de sucesivas. En algunos casos, se realizaron consultas telefónicas de los pacientes en lista de espera. En otros se identificaron a los pacientes indemorables que precisaban una atención presencial con cierta urgencia. Y en otros, se asignó una prioridad para atenderlos, pero con criterio clínico. Entre el 27 de marzo y el 21 de abril, se produce el cierre de consultas del centro de consultas Príncipe de Viana para adaptarlo a zona de tránsito, en los pisos segundo y tercero se pudo seguir realizando actividad, no presencial y la actividad indemorable se trasladó a otros centros.

Hay que tener en cuenta a la hora de valorar el esfuerzo realizado, que las consultas telefónicas ahorran desplazamientos al paciente, pero no ahorran tiempo de consulta, incluso en algunos casos, son tiempos mayores. Es frecuente que haya que realizar varios intentos de llamada hasta conseguir localizar al paciente, porque el paciente no está avisado de que se iba a realizar una consulta telefónica y esto conllevaba que a veces no tenía información necesaria a mano, por ejemplo, curvas de glucemia, etcétera. Y esto hacía que tuvieran que realizarse nuevos contactos, por lo cual el tiempo utilizado fue mayor.

Otro factor importante que ha influido en los datos de actividad ha sido el descenso del número de profesionales de cada servicio hasta agosto, por tres razones. Una, porque gran número de profesionales de los centros tuvieron que formar parte de los equipos Covid, por lo que, durante este tiempo, los servicios vieron mermado su número de profesionales para desarrollar actividad. Otra, porque el número de profesionales afectados o vulnerables, o que habían sido contactos tenían que llevar a cabo cuarentena. Y una tercera, porque durante los meses de julio y agosto se han concentrado las vacaciones del personal que no había disfrutado anteriormente.

Aunque por razones técnicas, la aplicación no estaba preparada para este registro. No tenemos hasta septiembre el dato exacto de actividad presencial o no presencial, de manera retrospectiva, sí que todas las consultas que ya estaban citadas han quedado registradas como primeras o sucesivas, mientras que las revisiones de los pacientes que todavía estaban en reserva pendientes de citar, tanto de primeras consultas como sucesivas, han quedado

registradas como consulta no presencial. Habitualmente, el registro que se hacía como consulta no presencial, que no ocupa hueco en la agenda, se utilizaba para aquellas consultas de resultados que estaban realizadas sin la presencia del paciente.

El análisis de la actividad de consultas externas de estos meses, por lo tanto, hay que hacerlo en cuenta, teniendo todas las modalidades de atención realizadas, incluyendo las INP, las interconsultas entre profesionales sin comunicación con el paciente, que fue la vía recomendada de derivación desde atención primaria. Se incrementó también el tiempo de profesionales de cada servicio destinado a responder a estas interconsultas no presenciales.

También hay que tener en cuenta las importantes limitaciones a las que se han enfrentado en los centros para mantener la actividad de consultas en la pandemia. Para la actividad presencial, por un lado, salas de espera, con gran rotación y acumulación de pacientes. Para la telemática, un nivel de desarrollo que tenemos que implementar en cuanto a falta de volantes electrónicos en atención especializada, faltas de medios de traslado de documentación virtual con el paciente, ausencia del aviso para el paciente en citas telefónicas, ausencia de integración entre historias clínicas informatizadas.

Por último, el 22 de abril se retomó la actividad presencial de consultas en todos los centros, pero en menor medida que en los tiempos preCovid, lógicamente para asegurar el distanciamiento social y la higiene. En el complejo hospitalario para intentar tener más actividad, a pesar del establecimiento de estas medidas de seguridad, se ha realizado un incremento importante de actividad por la tarde.

Es importante insistir, a la hora de analizar la situación actual de las listas de espera, en la menor resolutivez de las consultas no presenciales, que se refleja claramente en el menor porcentaje de altas que se han producido, tanto en las primeras consultas como en las revisiones del año 2020 si lo comparamos con el 2019. En abril de 2019, el 30 por ciento de las primeras consultas se resolvió con un alta, en abril del 2020 fue solo el 16 por ciento. Si el porcentaje de altas del año 2020 hubiera sido como el del año 2019, este año tendríamos casi 20.000 altas más y a la larga 20.000 sucesivas menos en espera. Estos pacientes pendientes de revisión han ido y seguirán apareciendo en la lista de espera de sucesivas, según los plazos que indicó el facultativo.

Otro elemento a analizar para explicar la evolución de las listas de espera desde marzo es la demanda que, en el caso de las primeras consultas, procede bien de la urgencia hospitalaria, de Atención Primaria o de Consultas Externas de otras especialidades. La actividad de Consultas Externas y actividad de Urgencias Hospitalarias ha sido menor que la habitual desde marzo, por lo que la demanda de Consultas Externas de estos dos orígenes también ha disminuido. En cuanto a la demanda de Atención Primaria, la de más volumen, sufrió una caída muy importante en marzo y abril, al estar los equipos de Atención Primaria centrados en la Atención Covid y era prioritario evitar, siempre que no fuera imprescindible, la presencia de pacientes en los centros asistenciales. En junio y en julio, aunque se recupera mucho, no llega a las tasas de derivación del año 2019, y en agosto hay también una caída.

El comportamiento es muy similar en las tres áreas, y en cuanto a derivaciones desde Atención Primaria, la acumulada en agosto es inferior a la del año anterior. La lista de espera de la red

de Atención Hospitalaria del año 2020, refleja unas fluctuaciones anormales, claramente relacionadas con la epidemia Covid y con las actuaciones de los pacientes y de los profesionales, en consecuencia, de la misma. Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente, de las distintas actuaciones según especialidad y el profesional, durante los meses de marzo y abril, conviene tener una visión global de las personas en espera de Consultas Externas, para obviar el baile entre primeras y sucesivas que se ha dado este año. Así, por ejemplo, en el año 2020, el descenso desproporcionado de la lista de espera de las primeras consultas que se ve en el mes de marzo, al mantenerse la actividad, aunque de forma no presencial y descender la demanda, se convierte en un incremento importante de las sucesivas en los meses de abril, que es al mes, y de julio, con previsiones a uno y a tres meses.

La lista de espera de primeras consultas, que había comenzado a descender en febrero previa al Covid, como consecuencia del incremento de actividad de este mes en Consultas Externas, sufre la bajada desproporcionada en el mes de marzo, y una subida también mayor de lo habitual en el mes de julio, debido a que la derivación, aunque menor que lo habitual es mayor que la actividad realizada en Atención Especializada con las vacaciones, como he comentado, concentradas en julio y agosto.

El efecto Covid en la lista de espera de intervenciones quirúrgicas: En primer lugar, quiero presentar... (MURMULLOS) ¡Ay! no se está poniendo, ya lo siento, que las estoy viendo yo aquí y no se está poniendo, bueno pues lo dejo. Quería presentar... (MURMULLOS). Sí, las tienen ustedes.

Los datos quirúrgicos corregidos desde enero, desde finales de enero la carga de las tablas con la información quirúrgica de la que extraemos la información, ha cambiado para hacerse desde la aplicación Proquirur, en vez de Leire. Proquirur es la aplicación que desde hace dos años ayuda al Clínico en la programación de los quirófanos de cada día, y desde principios de este año también gestiona el resto de procesos del paciente quirúrgico. Con el cambio que tuvo lugar en enero comenzó a producirse un error en la carga de las tablas que utilizamos para explotar la información quirúrgica, con el resultado de registros no cargados tanto de lista de espera como de actividades de enero del 2020. La detección del error a finales de agosto nos ha llevado a que una vez corregido el problema de la carga, se hayan vuelto a cargar los datos desde enero, siendo necesario hacerlo mes a mes, cada día un mes distinto. La última carga se ha realizado en la noche del 9 al 10, por lo que aprovechamos la comparecencia para darnos los datos corregidos de toda la serie.

La lista de espera quirúrgica estructural ha bajado en 837 pacientes desde diciembre. Al inicio de la pandemia, la gestión de los pacientes que aunque ya planificados no debían intervenir en esos momentos se realizó de diferente manera, según los centros. En concreto, en el Complejo Hospitalario se produjo un trasvase de pacientes de la lista de espera estructural a la lista de espera transitoriamente no programables. La evolución de las dos listas en la red desde enero, al reiniciar la actividad de todos los quirófanos, supuso que la lista de los transitoriamente no programables va bajando, hasta que en junio vuelve a sus valores habituales. La evolución del total es como la de la lista de espera quirúrgica estructural, con una mejora clara en el Complejo Hospitalario, mantenimiento en el Hospital Reina Sofía y aumento en el Hospital García Orcoyen.

La actividad quirúrgica de la segunda quincena de marzo y de todo el mes de abril fue casi exclusivamente urgente, programando solo lo no demorable. Las salas de no despertar de varios bloques quirúrgicos se utilizaron como unidades de críticos, quedando cerrados los quirófanos. Y el efecto de estas medidas ha tenido distintos impacto en cada centro. Centros como Estella, con una sola UCI, no pudieron realizar intervenciones quirúrgicas que necesitaran UCI para no mezclar pacientes Covid con no Covid.

La actividad anual quirúrgica en la red hasta agosto del 2020 ha supuesto el 75 por ciento de la realizada en el año 2019 en el mismo periodo. La demanda quirúrgica con valores mínimos en marzo y abril está muy ligada a actividad presencial en Consultas Externas. La lista de espera quirúrgica, es la única que ha mejorado con la pandemia, porque el descenso de la demanda ha sido menor que el descenso de la actividad, casi todos los meses. Y esto se explica, porque la indicación quirúrgica está ligada claramente a la actividad presencial en consultas externas. Las intervenciones quirúrgicas, obviamente, no pueden ser no presenciales.

En cuanto a exploraciones complementarias, la pandemia también ha tenido un efecto distinto para cada prueba. Se adoptaron todas las medidas necesarias para asegurar la higiene y el distanciamiento social, manteniendo la actividad urgente preferente y la no demorable. La actividad ha disminuido en todas durante la pandemia, pero la recuperación que en algunas como el TAC o mamografías ha llegado o se ha acercado mucho al cien por cien en junio. Durante marzo, abril y parte de mayo, se utilizaron las camas de la unidad de endoscopia como camas para críticos, por lo que la actividad de colonoscopias programadas se limitó a las no demorables. Sin embargo, el esfuerzo realizado en junio, con un 130 por ciento más de actividad que el año pasado, ha permitido que la lista de espera se encuentre en estos momentos algo mejor que en diciembre. Las colonoscopias de cribado están algo mejor que en diciembre por el descenso de la demanda, ya que se interrumpió el programa entre abril y mayo, y la actividad acumulada de este año, por esto, en agosto, es del 38 por ciento de la del 2019.

La lista de espera de las pruebas radiológicas se ha visto afectada por la pandemia, y durante marzo y abril se realizaron las urgentes y preferentes, y se diferenciaron franjas horarias para pacientes Covid y pacientes no Covid. En el mes de junio se recuperó casi totalmente la actividad de pruebas complementarias, gracias a un esfuerzo organizativo importante, aunque el efecto vacacional se ha notado también en la actividad de julio y agosto.

Y con esto qué vamos a hacer, es importante lo primero y quiero insistir en ello, destacar el enorme esfuerzo que se ha hecho por parte de toda la organización para prepararnos a la convivencia con la situación actual durante un tiempo incierto. Los datos de recuperación de la actividad de consultas quirúrgica y de pruebas complementarias del mes de junio, creo que lo reflejan así. Y en este sentido los sistemas de información han tenido y tienen un papel relevante, tanto en la automatización de los cuadros de mando diarios, claves para la toma de decisiones que nos permiten, por un lado, conocer la situación diaria de la pandemia, como la recuperación de actividad, análisis de datos y la adecuación de las herramientas a los nuevos modelos de comunicación con los pacientes.

No es posible todavía la recuperación del ritmo de actividad previa al Covid en Consultas Externas ni en quirófanos, porque a las normas de seguridad que hay que cumplir para

asegurar al máximo una atención sin consecuencias, que impide mantener el ritmo de actividad presencial anterior, se añade el periodo vacacional y en las últimas semanas la situación creciente ante los nuevos contagios e ingresos.

No va a ser fácil en esas circunstancias disminuir el número de personas en lista de espera de manera drástica. Sin embargo, a partir de lo aprendido en la pandemia, cada especialidad está diferenciando los procesos que pueden atender mediante interconsultas, mediante consultas telefónicas y telemedicina, de aquellos que necesariamente se tienen que hacer de una forma presencial y compaginando así la Atención Covid de la no Covid. En octubre, si mantienen las previsiones actuales de apertura de consultas por la tarde, hay servicios que van a poder llegar a prácticamente el cien por cien de su actividad preCovid. Un gran número estará entre el 80 y el 90 por ciento y otros, debido a las características de su especialidad, donde es necesario mantener medidas especiales de seguridad, no se va a llegar a ese porcentaje.

La actividad quirúrgica está programada al cien por cien de lo habitual en programas de mañana y tarde, y las pruebas complementarias, recuperan la programación prevista antes de la pandemia.

La pandemia nos ha dejado lecciones aprendidas que no debemos desaprovechar, a destacar: La importancia del trabajo en equipos multidisciplinares y el disponer de un sistema sanitario con una rápida capacidad de adaptación a las nuevas necesidades emergentes. El escenario postCovid no es similar a lo conocido previamente, y nos exige planificar cambios en los modelos asistenciales. No podemos perder la oportunidad de aprovechar el cambio en el patrón de uso y de comunicación con el paciente mediante el empleo intensivo de modelos telemáticos, si para ello queremos mejorar la respuesta a las necesidades asistenciales de los pacientes, en este escenario, postCovid, con nuevos escenarios epidémicos a la vista.

El abordaje estratégico se va a centrar en resolver de forma integrada las demandas asistenciales de la población, de forma eficiente y con implicación y satisfacción de los profesionales. En definitiva, estamos hablando de la gestión de las listas de espera, de la atención a los pacientes en el lugar y en el momento adecuado, buscando la agilidad en la respuesta y la disminución en los tiempos de espera.

Se trata de recuperar el máximo posible la actividad presencial, retomar el planteamiento ya presentado en anteriores comparecencias y que por el Covid no ha podido ponerse en marcha. La diferencia es que en la situación actual va a ser prioritario identificar en las listas de espera aquellos problemas que debieran haberse resuelto en su momento y por el Covid pasaron a un segundo plano. A un segundo plano en las prioridades, muchas veces por el miedo también de pacientes, a acudir al médico en estas circunstancias. Por lo tanto, se hace más necesario trabajar en la agilidad de los circuitos, por procesos, con el foco en los de mayor necesidad, por su impacto en Salud, con circuitos colaborativos, sobre todo en las especialidades que tienen más listas de espera.

Voy a comentar siete medidas concretas y con ello acabo. Estamos trabajando en garantizar el mantenimiento de la Asistencia Sanitaria Covid y no Covid, hasta los límites máximos que nos permita la pandemia.

Como primer paso, se ha determinado recuperar la actividad presencial para aquellos problemas en los que se ha visto que es imprescindible abriendo consultas, agendas de pruebas y quirófanos de tarde, cuando es posible. Con el objetivo de que se afiance el actividad no presencial para muchos otros procesos, se ha realizado un gran esfuerzo por parte de sistemas de información que desde septiembre permite visualizar en la agenda de los profesionales y ocupar hueco para las visitas no presenciales, telefónicas, video, informes, que sean bien, primeras o sucesivas, diferenciándolas claramente en *host Leire* y con comunicación por SMS y/o carta de la modalidad de la cita al paciente.

La posibilidad de revisión desde historia clínica de las reservas pendientes, con la posibilidad de indicar bien modalidad presencial o telefónica de la siguiente revisión es un paso muy importante en esta línea, además de facilitar la priorización de los pacientes. Se abre, por tanto, la posibilidad de indicar la modalidad de la siguiente revisión tras una primera consulta, como de hacer también una revisión desde la propia historia clínica del paciente de las reservas pendientes de cita y con la posibilidad de indicar, bien la modalidad presencial o telefónica de la siguiente visita.

Con el objetivo de agilizar la resolución de problemas a los pacientes y de establecer modelos colaborativos, se han identificado unos servicios que son muy resolutivos con las interconsultas no presenciales que, como he dicho, son interconsultas entre profesionales sin el paciente y que consideran que podrían dar una respuesta mejor y más ágil mediante un modelo que hemos llamado de INP ampliado. Entre las ventajas que tiene la utilización de esta INP ampliada, están el análisis y la posible resolución del caso en un plazo inferior a 72 horas. En caso de que sea necesario, se podrá contactar con el paciente realizando una consulta telefónica. En el caso de que también sea necesario realizar una valoración presencial del paciente, se le derivará a la unidad o a la agenda más adecuada, evitándole al paciente pasos intermedios, y también permite el solicitar analíticas o pruebas para adelantar la resolución del proceso.

Se ha creado para ello un grupo multidisciplinar entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria, médicos de los servicios que forman parte de estos dos niveles, profesionales del servicio de apoyo a la gestión clínica y continuidad asistencial tanto de la Gerencia como en el Complejo y también del servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, cuyo objetivo principal es diseñar el modelo que mejor se adapte a estos objetivos. Se ha comenzado ya al pilotaje en dos servicios Endocrinología y Digestivo. Este pilotaje se empezó el 1 de julio y se va a evaluar a los cuatro meses del inicio, en noviembre.

En este periodo es necesario potenciar uno de los objetivos primordiales, y común a todos los grupos de Integración Asistencial, que es el incremento de la capacidad resolutiva de Atención Primaria. Para ello, hay que profundizar y adaptar al periodo preCovid, los circuitos asistenciales de los distintos procesos desde una doble perspectiva presencial y no presencial, y facilitar el estudio y seguimiento de aquellos que por sus características y por su severidad, requieren una gestión de caso, adaptando la experiencia adquirida a través del despliegue de la estrategia de abordaje a la cronicidad.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Señora Consejera, tiene que ir finalizando.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Acabo ya, acabo diciendo que es el momento de retomar las tareas comenzadas por los grupos de Integración Asistencial, de evaluar los circuitos puestos en marcha y de trabajar prioritariamente en conseguir divulgar y en conseguir extender a toda la organización de una manera más efectiva, lo consensuado en estos grupos. Muchas gracias. Mila esker.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Muchas gracias a usted, señora Consejera y disculpen el problema técnico surgido con la información que nos ha proporcionado, pero entiendo que es también la que nos han repartido en mano, perfecto.

Comenzamos con el turno de intervención de los grupos parlamentarios, tiene la palabra por un máximo de diez minutos la portavoz del Grupo Parlamentario de Navarra Suma, como solicitante de esta Comisión. Así que cuando quiera, señora Ibarrola.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchas gracias, Presidenta. Gracias por las explicaciones, creo que en aras a la transparencia, hubiéramos agradecido que toda la información de listas de espera de agosto, que es la que ha proporcionado en esta comparecencia, nos la hubiera proporcionado, o la hubiera publicado en la web porque cuesta mucho hacer el análisis.

Yo evidentemente lo voy a hacer de julio, porque son los datos de los que disponíamos públicos y me parece que teniendo como tiene desde hace bastantes días la información, se hubiera agradecido. Y se lo había dicho al principio, pero lamento de verdad que haga una valoración tan sesgada, ha puesto la gráfica solamente que le interesa, porque el resto no salía bien. Empieza justo en la crisis porque no le interesan los años previos, que la evolución era mucho mejor, y desde luego aunque hubiera cogido solamente estos años, si hubiera cogido realmente también la cirugía y también las revisiones, que no sé por qué no las añadidos, el dibujo es totalmente diferente y en la foto no sale para nada bien, hubiera sido mucho más honesto haber hecho una comparativa de todo.

Y yo, aunque ha dado datos que en número de pacientes son peores que la evaluación que yo había hecho hasta julio, pues la verdad es que el número de pacientes, como bien decía, además en todas sus intervenciones de lista de espera la señora Chivite, yo no le voy a dar mucha relevancia, porque lo que realmente importa son los tiempos de espera. Echo de menos más información de tiempos.

En todo caso, bueno en marzo el impacto inicial de la pandemia y la declaración del estado de alarma obliga efectivamente a cerrar consultas, quirófanos y pruebas. Y se lo dije hace unos días que nosotros lo compartimos, tenía que ser así. Tuvimos incluso que insistir en que desprogramaran actividad ordinaria demorable para preparar el sistema ante la irrupción de esta emergencia sanitaria que obligaba a prepararse para el peor de los escenarios. La mayoría de los hospitales públicos lo habían hecho antes que ustedes, incluso, los hospitales privados de Navarra también habían desprogramado su actividad ordinaria antes que ustedes.

El viernes, 13 de marzo, sabiendo que al día siguiente se declaraba el estado de la alarma, se hicieron peonadas para intervenir quistes sebáceos y hernias. Tenían que haber estado a otra cosa. En ese momento mejorar la estadística de lista de espera con problemas de salud poco relevantes, porque no podía perseguir otra cosa, no tenía ningún sentido y tenían muchos

problemas más importantes que abordar. El mes de marzo, en todo caso, pues ya hemos comentado que efectivamente si hablamos de número de personas, el desfase es de más de 10.000 en lista de espera de consultas, casi 1.000 en cirugía y 652 en pruebas diagnósticas. Comparto con usted por el análisis que ha hecho posteriormente que habría que mirarlo bien porque da una información muy parcial.

Pero la verdad es que sorprende mucho, como ya le dije y no habían explicado hasta hoy y creo que faltan más explicaciones, esas 12.000 personas que presas del miedo al contagio y del pánico en la sociedad, comprensible en esos momentos, desaparecen con una llamada telefónica. Creo que es muy importante que respeten en todo momento, aunque haya modalidades diferentes que puedo compartir, la libertad de los pacientes y de los profesionales de Atención Primaria para que las decisiones de una actividad solo no presencial sean consensuadas y será algo que le agradecerán sus compañeros de Atención Primaria, porque empoderar la Atención Primaria es hacerle partícipe de esas decisiones, cuando son los profesionales que mejor conocen a los pacientes y que la tienen que tomar con ellos. Siempre se había preservado esa libertad en Navarra y me parece importante que ya que la han perdido, rectifiquen en ese aspecto, porque son personas que desaparecieron de lista de espera que ya habían sido valoradas por sus médicos de Atención Primaria que las conocen perfectamente y que habían decidido por lo que sea, que la atención que necesitaban en ese momento era presencial. En algunas especialidades del Complejo, el número de personas que disminuyeron fue drástico: un 73 por ciento de las personas del servicio de Reumatología, 59 por ciento Oftalmología Infantil, 56 por ciento de Urología o de Otorrino, 52 por ciento de Alergología, 41 por ciento de Neurología, 33 por ciento Oftalmología, 31 por ciento de Dermatología... solo en un mes y en el mes peor.

Como le digo, creo que faltan todavía explicaciones de qué criterios siguieron, si después de altas que se dieron solamente por teléfono se ha contactado o no con esas personas, creo que sería importante para hacer una valoración de si necesitan o no otro tipo de atención posterior, o si se ha contactado con los profesionales de Atención Primaria que los conocen perfectamente, saben su situación y su seguimiento posterior para decidir si requieren o no una consulta no presencial o presencial, pero respetando, como le digo, la libertad que me parece muy importante.

Lo he dicho en muchas ocasiones y lo reitero, su estrategia fue un error en ese sentido. De hecho, ustedes mismos se han dado cuenta y creo que están tratando de enmendarla ahora, promoviendo más esa actividad presencial que era absolutamente necesaria. Yo siempre he defendido, y lo sigo haciendo, el impulso de la actividad no presencial cuando no genera valor. Empezó hace diecisiete años en Navarra fuimos realmente pioneros, pero siempre respetando, como digo, eso que ahora no se ha respetado.

No es cierto que estemos mejor que en enero, en tiempos de espera, estamos peor. Sí que reitero aquí el agradecimiento y el esfuerzo que han tenido que hacer todos los profesionales del sistema para adaptarse a esta nueva situación de forma muy importante. En todo el año de legislatura, para ser honestos también con las comparativas y que sean de un año, a los datos públicos de julio la espera media ha empeorado de forma preocupante en primera consulta, en revisiones, en pruebas y en cirugía; y no solo por la pandemia, usted ya había reconocido la

mala evolución en listas de espera, de hecho, le llevó a implantar un Plan de Choque nada más tomar posesión, y no se consiguieron los objetivos a pesar de que los recursos en Salud han sido mayores que nunca.

Además, lo que antes criticaban de privatizaciones y peonadas, se lo he dicho también en más ocasiones, el presupuesto del 2020 incrementa un 14 por ciento el presupuesto destinado a conciertos o lo que ustedes llaman privatizaciones y analizando el gasto real que han hecho entre enero y julio en productividad, peonadas, se ha incrementado respecto al año pasado en un 178 por ciento han pasado de 2,2 millones a 5,4. En primera consulta hasta julio, insisto, el incremento en tiempos ha sido de un 24 por ciento 57 días de espera, eran 46 hace un año, 54 al acabar esa legislatura que ustedes calificaban de intolerable con UPN en el 2015, 24 días antes de la crisis financiera, que también lo podría haber dicho, es un dato que ustedes siempre obvian; 27 en preferente; 82 consultas ordinarias. Desde luego, no se están respetando para nada los tiempos.

Preocupa que el 65 por ciento esté fuera de la Ley de Garantías. Pero lo que me preocupa especialmente, y aquí sí se le voy a pedir un esfuerzo, que el 77 por ciento están sin citar. Creo que deberían hacer un esfuerzo importante en intentar, aunque sea dar una fecha de cita, aunque sea más tarde de lo deseado. Al menos así reducirían incertidumbre, malestar y ansiedad que genera la incógnita de no saber cuánto va a tardar esa consulta tan ansiada. La espera media en revisiones se ha aumentado un 20 por ciento de 82 a 104 días, el peor dato nunca conocido, por eso no ha puesto usted la gráfica, con un incremento progresivo en los últimos años. Eran 71 días de espera al finalizar el Gobierno de UPN en 2015, 40 días antes de la crisis financiera, también con gestión de UPN.

La espera media en cirugía se ha incrementado un 69 por ciento y hablo de esperas porque ha pasado de 72 a 122 días, 79 días al finalizar el 2015, 60 antes de la crisis, 31 por ciento está fuera de la Ley de Garantías, y el porcentaje de personas que esperan a una cirugía más de seis meses ha pasado de un cinco un 25 por ciento. Se ha incrementado también la de pruebas diagnósticas de 19 a 47 días en ecografías, de 30 a 68 en mamografías, de 31 a 48 en resonancias, o de 34 a 48 en un escáner; 14 por ciento fuera de la Ley de Garantías. Aquí vuelvo otra vez a insistirle, el 70 por ciento de los pacientes pendientes de una prueba diagnóstica están sin cita. Creo que aquí, insisto, hagan un esfuerzo por la incertidumbre y la angustia que genera el desconocimiento de cuándo se va a citar, insisto, aunque sea más tarde.

Hoy le pedimos una vez más que para evaluar la gestión de listas de espera de forma actualizada y poder plantearle propuestas, y en aras al buen Gobierno, transparencia y política de rendición de cuentas, que debe impregnar la gestión pública, haga públicos no solamente a los Parlamentarios, sino a la sociedad navarra los informes de lista de espera, el Sitna o el cuadro de mandos del Servicio Navarro de Salud. Se lo hemos reiterado en diversas ocasiones, y ustedes se han negado tanto a hacerlo público como a mandárnoslo a los Parlamentarios de forma automatizada y antes en el tiempo, sin que tengamos que continuamente cada mes pedirselo. Me parece que si no tiene nada que ocultar, que entiendo que no hay nada ocultar, podría cumplirlo. Hay de la anterior legislatura, mociones en ese sentido aprobadas en esta Cámara solamente tiene que cumplirlas.

Es cierto que ahora tenemos que tener una consideración especial con el tema de listas de espera por las circunstancias en las que nos encontramos de emergencia sanitaria por la pandemia. Es lógico que hayan tenido un impacto en la demora y nosotros vamos a ser comprensivos con nuestra valoración política, en este sentido. Lo hemos sido a lo largo de estos meses. Por cierto, todo lo contrario que todos los grupos que están hoy presentes aquí hicieron con la dificultad también que supuso gestionar en plena crisis económica, cuyas dimensiones tampoco nadie esperaba.

Pero también es cierto que conociendo los retrasos en el diagnóstico y tratamiento de patologías serias que pueden estar teniendo implicaciones muy importantes en el empeoramiento en la salud de muchas navarras y muchos navarros, resulta imprescindible tener un plan que acredite este problema lo antes posible y minimice posibles impactos a futuro. Plan que no existe ha dado hoy unas líneas, si lo tienen, desde luego nos gustaría tenerlo para analizarlo detalladamente. Entendemos que las circunstancias de la pandemia, como digo, han reducido, han conllevado una reducción de la actividad: 50.000 primeras consultas menos 5.800 cirugías, yo hablo de julio todo el rato, y 40.000 consultas de revisión menos que en 2019, y he tenido en cuenta la actividad no presencial.

La demanda, es verdad que se ha reducido todavía más, se ha reducido a 57.000 derivaciones menos, nos preocupa si puede haber problemas de salud ocultos entre esa menor derivación, personas que por dificultades de acceso, Atención Primaria no hayan podido ser valoradas de forma adecuada. Creo que urge ya arreglar la saturación de las líneas telefónicas y la saturación y la presión a la que están sometidos los profesionales de Atención Primaria.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Señora Ibarrola, termine aquí usted.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Sí, voy terminando. Urge poner los medios para garantizar la atención presencial a toda la persona que lo necesite. Estoy acabando. Ustedes rechazaron hasta debatir una proposición de ley de mejoras de lista de espera que registramos nosotros a principios de noviembre, yo le propuse incluso comentarla y hablar de ella, cosa que también se negó. Se sacaron de la chistera que es justo lo que iban a hacer y la verdad es que no se ha hecho nada, no sirve de excusa la pandemia, los meses anteriores tampoco se había hecho nada. Los grupos de Integración Asistencial y toda la estrategia de crónicos, que usted ha nombrado, la verdad es que han sido abandonados hasta ahora. Hoy nos ha hablado de un nuevo grupo, pues bueno le pediremos más información al respecto, pero entiendo que es una estrategia nueva o retomara hasta ahora no se había hecho nada.

Es más necesario que nunca, y ya termino, estratificar los procesos de salud y priorizarlos de forma adecuada para garantizar tiempos máximos de espera en procesos graves o cuyo retraso pueda producir un deterioro en la salud. Yo vuelvo a tenderle la mano para trabajar en ese sentido, una vez más, a ver si hay suerte y en alguna ocasión espero que usted considere que sería bueno trabajar de forma conjunta por el bienestar de la sociedad navarra y no pedir unidad política solo y exclusivamente...

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Señora Ibarrola, por favor.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Sí, termino ya. ...para no criticar su gestión. Hablamos de la salud de la población navarra, es un tema de la suficiente entidad como para ponerlo por delante de otros objetivos, de usted depende. Vuelvo a insistir que la mano la tiene tendida. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Gracias a usted. Bien, continuamos con el orden de intervenciones y le corresponde el turno de palabra, señora Fanlo, portavoz del Grupo Parlamentario el Partido Socialista de Navarra.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta. Bueno, es obvio y todos lo sabemos que la pandemia del Covid ha hecho temblar estructuras de nuestro sistema público, desde la economía, la organización de nuestra vida diaria, la investigación clínica y todo lo que ha sido la asistencia sanitaria tanto hospitalaria como no hospitalaria. Es obvio que hay un empeoramiento en las listas de espera y este empeoramiento es directamente proporcional al efecto Covid, ha sido un efecto colateral de esta pandemia.

La primera oleada que vino en marzo y abril, la segunda oleada ha venido en agosto, y la tercera oleada han sido todos aquellos pacientes que durante toda esta primera oleada no han recibido la asistencia sanitaria adecuada. En el momento en el que estamos es un momento difícil porque tenemos que gestionar esta segunda oleada del Covid y esta tercera oleada de pacientes que no han sido atendidos de la forma que en condiciones normales se les hubiera podido atender. Pero además, quiero recalcar que estamos ante una oleada silenciosa de pacientes, sobre todo con patología de salud mental, se están detectando cuadros psiquiátricos o de patología mental severa, con tendencia suicida depresiva ya lo puso de manifiesto además la Cámara de Comptos, y esta oleada es silenciosa. Y estos pacientes no salen a la calle a protestar, por lo que hay que estar muy pendiente.

Efectivamente. Esto ha sido todo, consecuencia del Covid. Si nos vamos a la gráfica que nos ha cedido el departamento y nos ha dado la Consejera, pues está clarísimo: el efecto Covid ha tenido una honda difásica, ha habido una disminución de la demanda en consultas primeras en la época más dura de la oleada, los meses de marzo, abril, mayo y posteriormente ha habido un efecto rebote con un aumento de la demanda después del confinamiento y del estado de alarma. Eso vamos, lo vemos todos.

No sería necesario recordar, pero yo creo que sí, que lo voy a hacer porque parece que a veces la memoria es efímera, los hospitales navarros se transformaron durante la primera oleada, convirtiéndose todas sus plantas médicas y quirúrgicas en ingresos Covid. El centro Príncipe de Viana, se convirtió en zona de tránsito, las URPA se convirtieron en ucis, las salas de endoscopias en ucis, se paró toda la actividad presencial demorable. Y hay que recordarlo, porque parece que se nos olvida.

Mire, señora Ibarrola, efectivamente, no voy a volver a recordarles sus datos del año 2014, que volveré a repetir durante mucho tiempo que fueron los que batieron récords. A ustedes les llegó una crisis económica, nosotros estamos inmersos en una crisis sanitaria, sanitaria y económica, las dos, las dos. Y aun así y a pesar de la pandemia en la que no se han podido realizar todas las consultas presenciales deseables que en condiciones normales se tenía que haber realizado, por varios motivos, ya los ha comentado la Consejera: hubo que racionar los

habitáculo de consultas; había que el alternar las consultas; había que espaciar los espacios de las salas de espera; ha habido que aumentar los tiempos de consultas, tanto sucesivas como de primera, para que los pacientes no estuvieran hacinados en las salas de espera, para evitar los contagios. Porque lo que no vamos a hacer es poner una Orden Foral para que haya límite de aforo en la hostelería y luego no poner límite de aforo en las salas de espera. En eso estaremos de acuerdo, de los hospitales y de los centros. Pero bueno, aun así, se ha mantenido un 75 por ciento, y quiero resaltarlo, un 75 por ciento en la actividad en consultas presenciales, llegando hasta un 90, junto a las no presenciales y la actividad quirúrgica se han mantenido en un 75 por ciento, que me parecen unas cifras muy aceptables, dado en el momento en el que nos estábamos moviendo.

Soluciones, las está dando el departamento, las acaba de dar la Consejera, la pandemia producida por la infección del coronavirus ha cambiado la forma de entender nuestras consultas. Este Gobierno está dando soluciones, está poniendo medios materiales, humanos y económicos desde luego, para atajar estas listas de espera. Desde luego, no quedará por el esfuerzo de los profesionales sanitarios a los que esta pandemia no ha dado tregua, no ha dado tregua.

Desde luego, para reducir el riesgo de contagio en los pacientes más vulnerables aquellos con cardiopatías, patología oncológica, patología crónica pluripatológica y del personal sanitario, como ya hemos dicho, se han tenido que suspender, por desgracia, la mayoría de las consultas presenciales y se han puesto en marcha consultas telemáticas. Este cambio se ha implementado en muy poco tiempo, pero parece que ha venido a quedarse.

Soluciones, las está dando, actividad extraordinaria, priorización de patologías por especialidades, cuáles pueden realizarse de manera presencial y cuáles no se pueden realizar de manera presencial, es decir, de manera no presencial: interconsultas no presenciales, telemedicina y llamadas telefónicas. Queremos aclarar desde el Partido Socialista, porque hay bastante controversia sobre el tema de la telemedicina y queremos aclarar que la telemedicina es un acto médico, es una consulta médica realizada por un soporte digital, pero es un acto médico. Que no se confunda telemedicina con otro tipo de gestiones administrativas que se pueden hacer en los centros de salud.

Desde luego, para mejorar la calidad asistencial en las nuevas consultas telemáticas es necesario revisar las afecciones que los clínicos atienden con más frecuencia en su consulta ambulatoria y proponer unos mínimos en este proceso asistencial, y con eso estamos de acuerdo con usted, señora Ibarrola, hay que tratar de clarificar los aspectos fundamentales que hay que revisar en la entrevista telefónica que pacientes habrá que atender en una consulta presencial y cuáles serán los criterios para su seguimiento en Atención Primaria.

Estrategia, también lo ha dicho la Consejera, primeras consultas con acto único, resultado de las pruebas que podrían darse de forma telefónica o por medio de informes, para el seguimiento fomentar la automonitorización de los pacientes: los autocuidados, teleconsulta, videoconsulta, consulta multidisciplinar, como hoy ha vuelto a decir la Consejera, y finalmente, que todo esto se pueda hacer realidad mediante un contacto simultáneo entre el médico de Atención Primaria y los especialistas. Y, señora Ibarrola, esto ya está escrito y publicado. Esto ya está escrito y publicado recientemente por la Sociedad Española de Cardiología en consenso

con la SemFYC, qué patologías pueden realizarse de manera presencial y qué patologías de manera no presencial. Y le animo a leerlo porque desde luego, es bastante clarificador y es un ejemplo para seguir en el resto de sociedades científicas y de especialidades.

Es evidente que esta crisis sanitaria está cambiando conceptos clásicos de la práctica clínica que no nos hubiera gustado, pero está pasando y las nuevas tecnologías emergen con enorme rapidez, pero en este proceso es vital tener en cuenta las fases más esenciales de la transformación y la mejor manera de implementar la telemedicina de una manera segura y efectiva. Para ello hay que evaluar periódicamente los resultados y en ello este Gobierno también está, se evaluarán estos resultados, se ha implementado este comité multidisciplinar que valora también una vez puestas en marcha esas consultas en endocrino y esas consultas en digestivo se evaluarán también los resultados que han tenido. Es clave conocer dónde estamos y dónde queremos ir y en evaluar los resultados en estas consultas, y lógicamente en poner soluciones está este departamento y este Gobierno y no lo podremos negar. Porque desde luego, a este Gobierno le importa la salud de los pacientes navarros y navarras con Covid como sin Covid. Este departamento pretende mantener la calidad asistencial en todos los pacientes, tengan o no tengan Covid.

Además, queremos añadir, que nos estamos encontrando ante otro problema que es la patología postCovid y nos estamos encontrando con morbilidades producidas por esta infección, pacientes con lesiones residuales pulmonares, astenías, migrañas, cefaleas, fiebres periódicas, afectaciones cardíacas, neurológicas, psiquiátricas y es efecto secundario de este virus. Pacientes que ya se están viendo, tanto en la Atención Primaria como en la Atención Especializada, y que precisan y van a precisar de atención en consultas en nuestro sistema sanitario.

Desde luego, desde el Partido Socialista queremos mandar tres mensajes claros. Primero, reconocer la problemática que ahora mismo existe con las listas de espera, generada directamente por el efecto del Covid durante la primera oleada y durante el confinamiento. Es necesario detectar dónde están esos cuellos de botella para poner las soluciones adecuadas, en ello está el departamento, telemedicina, INP, interconsultas no presenciales, interconsultas no presenciales ampliadas, actividad extraordinaria y hay que reorganizar las consultas priorizando por servicios y patologías, como ya ha dicho la Consejera. Y lo que tenemos claro desde el Partido Socialista es que no podemos parar la actividad no Covid. Los pacientes con patologías más prevalentes, crónicos, pluripatológicos, cardíacos, oncológicos... deben seguir sus revisiones previstas y se debe mantener una buena calidad asistencial en los pacientes no Covid. En estos tres puntos, no me cabe la duda, como ya ha explicado la Consejera, el departamento está poniendo todo su empeño, todo su trabajo, a la vez que está gestionando todos los ingresos, contagios y contactos de esta segunda oleada del Covid que ya estamos sufriendo. Y gestionando de manera adecuada, a la vez y en paralelo, la asistencia de los pacientes no Covid.

Le tendemos la mano, señora Ibarrola, desde luego, como no podía ser de otra forma y creemos que no debemos politizar esta pandemia ni a este virus porque gracias a eso, a que se politice, este virus campa a sus anchas. Muchas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Muchas gracias a usted, señora Fanlo. A continuación interviene la portavoz del Grupo Parlamentario Geroa Bai, la señora Ansa, cuando quiera diez minutos.

SRA ANSA ASCUNCE: Eguerdi on, señorías. Bienvenida, Consejera, bienvenido equipo de la Consejera, señor Apezteguía. Eguerdi on, también a los compañeros y compañeras que están siguiendo telemáticamente la sesión. Bueno, los datos de las listas de espera no son buenos: 43.802 pacientes esperando su primera consulta, 7.200 en lista de espera estructural desde el mes de agosto. No son datos buenos, no podían ser datos buenos.

Comenzábamos y el año con la preocupación de las listas de espera y centrandolo como problema importante, y en eso llego la Covid, no podemos tener datos buenos en las listas de espera. Revisados y analizados los datos de la lista de espera de los últimos meses, y más allá de las fructuaciones de los meses de mayor pico de la pandemia, donde se produce un descenso importante en las listas de marzo y abril, donde prácticamente solamente se pudo atender pacientes Covid, nos encontramos en julio con listas similares a las de julio de hace un año, como si no hubiera pasado el tiempo.

Hay datos que son preocupantes, en la red de Asistencia Especializada de las 6.324 personas en espera: 1.557 llevan esperando más de seis meses, un 25 por ciento; en julio de 2019, fue un 5 por ciento, los pacientes pendientes de cita. En la red de Asistencia Especializada de las 39.636 personas en espera, 30.430 están pendientes de cita, un 77 por ciento; en julio del año pasado fueron un 59 por ciento. No son datos buenos, pero hemos pasado la Covid. En julio del 2020 hay 17.888 pacientes en listas de espera, 4.300 más que hace un año. Se nos ha ido disparando un poquito la lista en traumatología ortopédica y en patología de pared abdominal, a pesar de que se hace una buena gestión de las listas, pero hay mucha demanda, hay mucha demanda. Tampoco hay que perder de vista un dato clave, que ha aumentado la demora media de los días naturales de 81 a 119 desde enero a agosto, es decir, tenemos datos malos. Consultas presenciales se han hecho el 74 por ciento con respecto al 2019. Si miramos las no presenciales y las añadimos, sube hasta el 88 por ciento. Es muy loable en una situación de pandemia que hayamos mantenido un 88 por ciento de la consulta, es muy loable.

En cirugía, estos datos se reducen a 75 por ciento. En el área de cirugía se trabajó siempre bajo el concepto de seguridad durante estos últimos (NO HAY SONIDO) un tiempo, lo no demorable. Por ello, los datos bajaron al 15 por ciento. Claro las ucis las utilizamos para el tema de la Covid, con lo cual también se limitó muchísimo todas las actividades que iban a requerir ucis de otro tipo. Es decir, valoramos que aunque el porcentaje de consultas ha sido estadísticamente más bajo, se ha mantenido dentro de un nivel de actividad bastante alto dadas las circunstancias. Pero ahora urge ir recuperando la plena capacidad, aun cuando la Covid siga estando aquí y aunque la situación epidemiológica esté empeorando.

Un dato que a mi modo de ver es curioso: En cirugía de los cuarenta y ocho pacientes, desgraciadamente fallecidos en el postoperatorio, ninguno fue asociado a la Covid. Es decir, la experiencia nos está diciendo que no ha habido apenas infección noscomial, ni contactos en consulta, quirófanos, etc. ni del personal ni de los pacientes, de modo que podemos ir trabajando hacia una relativa normalidad, evitando o disminuyendo así las listas de espera

que, más allá de los números, generan problemas asistenciales para la gente y para los profesionales.

Parece evidente también que aquí ha habido un sustancial cambio en el tema de presencial, no presencial. Presencial, consulta telefónica o telemática, con una desviación importante hacia este segundo caso y como en Atención Primaria habrá que equilibrar ambas. Lo que en un primer momento ha sido una buena herramienta, tiene que resituarse y redimensionarse, porque disminuye claramente la calidad de la atención percibida por los pacientes. La misma atención hecha presencial o telemática es percibida por los pacientes como de segunda clase y muchas de las situaciones de ansiedad y miedo se traducen en enfado hacia la herramienta. Es curioso, cómo las personas podemos cambiar nuestras emociones hacia algo que sea más aceptable, porque es difícil decir que la atención no ha sido correcta y que nos da mucho miedo esta situación. Y entonces, decimos que es un horror lo del teléfono, entonces tenemos que cuidar mucho y hacer estas consultas, solamente las que sean estrictamente necesarias.

Seguirá siendo una muy buena herramienta. No solamente seguirá siendo una buena herramienta, sino que, como decía la doctora Fanlo, realmente vamos a ir cada vez más hacia todas las herramientas telemáticas que nos permitan dar una mejor y más ágil atención. Pero fundamentalmente, hay que buscar un equilibrio. También hemos visto, que ha sido curioso, que se dan menos altas si la consulta es telefónica. Los profesionales también necesitan ver a los pacientes para tener seguridad, no solamente los pacientes necesitan tener seguridad al ver a su médico, a su médica. Y con la Covid nos está pasando todo el tiempo como el cuento de Monterroso, cuando esperábamos que el verano nos fuera a dar una tregua en la pandemia, despertamos de este deseo y la Covid seguía allí y las listas de espera se iban multiplicando. Y los primeros pasos que habíamos empezado a notar al principio de enero, febrero... cambió la tendencia bruscamente.

Pero también tenemos que ser conscientes de que la situación se va a mantener y que tendremos que hacer cosas diferentes en una situación que es diferente y a la que estamos empezando a dar visos de normalidad. Estamos acostumbrándonos a la situación, pero es una institución radicalmente diferente y en muchas ocasiones estamos haciendo miradas de la misma forma que las hacíamos en enero, esto no puede ser. O sea, tenemos que cambiar la mirada de cómo afrontar los problemas que nos están ocurriendo, porque aunque sean problemas similares, la situación es diferente y el abordaje también deberá ser diferente. Evidentemente, y en eso estamos de acuerdo yo creo que todos, evidentemente que conjugar las dos situaciones Covid y no Covid el retraso en la atención de patologías demorables y por lo tanto, el no seguimiento estricto de las mismas, ha hecho que muchas de ellas se hayan visto agravadas y que han aparecido complicaciones que en otras circunstancias no habrían aparecido o habrían sido de menor gravedad, o habrían sido detectadas a tiempo y pasan a ser nuevas patologías, a atender y a monitorizar. Es decir, vamos a tener efectos colaterales no previstos de la Covid, en muchas de las patologías que hasta ahora las atendíamos de una determinada forma. Creemos que tenemos que hacer una evaluación de estos daños colaterales.

El escenario ha cambiado y con seguridad habrá que hacer propuestas que dan respuestas a esto. La consejera nos ha ido desgranando una serie de propuestas y trabajos que han puesto

o van a poner en marcha. Una de ellas ha sido el aumento del trabajo por la tarde. Y esto, Consejera, va para largo. Yo creo que habría que insistir en optimizar todos los recursos mediante cambios de turnos y recurrir lo menos posible a peonadas. Realmente una reorganización, un cambio de la estructura quizá nos pueda servir en este medio plazo. A mí me han parecido significativas algunas de las propuestas: el trabajar mejor los circuitos de procesos; las consultas entre profesionales de sin paciente delante, porque son muy útiles y muy rápidas y permiten tomar decisiones en Atención Primaria que de otra forma dan más vértigo; dotar a la Atención Primaria de una mayor capacidad resolutoria, eso ha estado siempre en las últimas revisiones que se ha hecho, en la legislatura pasada se aprobó la estrategia de Atención Primaria que incluía este tipo de medidas, esa estrategia, no solamente hay que retomarla, hay que potenciarla, desarrollarla y ampliarla; por supuesto, la presencia de los grupos multidisciplinares, que yo creo que también se esbozaron la legislatura pasada, desde luego, hay que reforzarlos claramente. Es decir, todas estas cosas que estamos y vuelven a nuestros discursos, porque independientemente de que hablemos de Atención Primaria, de Atención Especializada, de Atención de Urgencias estamos hablando de la salud de la comunidad. Por lo tanto, hay muchas de ellas que se nos van cruzando y las vamos repitiendo cotidianamente. Evidentemente, todas ellas y, yo creo que estamos muy de acuerdo todos, podemos hacer énfasis en unas más que en otras, pero realmente estamos hablando de salud y creo firmemente que estamos todos y todas comprometidos con la salud.

Algo que parece fundamental, al menos a mí me parece fundamental: esto necesita la colaboración y el trabajo de todos y cada uno de los y las profesionales que trabajan en el mundo de la Salud, de la complicidad entre los equipos, del compromiso de todos y todas y también de un liderazgo claro, pero compartido, de un modelo de gobernanza inclusivo. En Salud nos jugamos demasiado y el compromiso de todos es lo que marca calidad, lo que marca diferencia, lo que marca futuro y, desde luego, una financiación sostenida en el tiempo. En este momento hemos venido, hemos tenido una inyección importante de recursos materiales por la urgencia de la Covid, pero tendremos que hacer una inyección mantenida de recursos en temas de Salud. Mila esker y buenos días.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Muchas gracias a usted, señora Ansa. Sigo con el turno de intervenciones, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario EH Bildu, señor González.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, presidenta andrea. Eguerdi on guztioi, buenos días a todos y a todas, a la Consejera y a su equipo y a todos los que están participando en la Comisión. Para nosotros, el problema de las listas de espera aunque es un problema de Salud es un problema también, sobre todo de gestión. Y a lo largo de los últimos años, yo creo que se ha podido comprobar que muchas de las oscilaciones que han tenido estas listas han sido debido sobre todo a decisiones que se han tomado de carácter político. Cuando en el 2011 llega la crisis y se recortan los presupuestos, se reduce la contratación, se bajó el número de especialistas, creo que era en el año 2013 a 1.843 y, hasta el año 2019 solo se han recuperado hasta 1947, es decir, 110 profesionales más. Sin embargo, los índices de actividad de estos profesionales no han mejorado en la misma cuantía que lo que ha mejorado la plantilla. Lo que denota es que está mostrando probablemente, problemas organizativos para nosotros y nosotras una de las cosas que yo intentamos en la anterior legislatura era garantizar que la

provisión de los puestos de responsabilidad de jefaturas de servicio y de sección se realizara a través de procesos que digamos, valoraron la capacidad, el mérito, la igualdad y la transparencia. Y, sin embargo, no fuimos capaces de hacerlo en la anterior legislatura y en esta parece que tampoco es parece que sea un tema importante. Para nosotros es trascendental porque creemos que las personas que están asumiendo esas responsabilidades tienen que también dar cuenta de los logros y de los problemas que están teniendo a la hora de desarrollar su trabajo.

Porque dentro de los datos, cuando uno se pone a ver la actividad de los distintos servicios, puede encontrar que servicios similares con números de profesionales similares, sin embargo tiene actividades muy diferentes, con unas cantidades a veces que son difícilmente justificables. Yo, mirando un poco los datos de las distintas memorias, vi que la tasa de actividad por consultas de un profesional de Atención Primaria en el área de Salud de Tudela, es decir, en el Hospital de Tudela, vienen a ser 850 consultas por profesional y la media en el Servicio Navarro de Salud es 520. Es decir, hay unos datos que dices, bueno, la complejidad del Hospital de Tudela por ser hospital comarcal es menor, podrá ser debido a eso, pero revise también datos de actividad de otras comunidades autónomas, como la Rioja, que igual es un poco más pequeña, pero estaba también por encima de las 900 consultas por profesional y me fui a Santander que es más o menos de tamaño similar y también estaba por encima de los 800-900 consultas por profesional. Es decir, que probablemente tenga una explicación lógica, pero sí que parece que tenemos problemas en rentabilizar los recursos que tenemos. Para nosotros ese es un tema importante, saber que lo que tenemos se está utilizando bien y que se están poniendo, digamos las fuerzas en los sitios que se necesita.

Otra de las cosas que creemos que puede ser interesante, porque además sirve para motivar al personal a asumir unas responsabilidades y un reconocimiento que creemos que es importante, uno de los problemas que nos estamos encontrando es saber que los profesionales de Sanidad, de Medicina y de Sanidad General están haciendo un esfuerzo tremendo para adaptarse a la situación de la pandemia y que parece que desde luego, no tienen ese reconocimiento por parte del ámbito público. Esos momentos de los aplausos y, tal y cual ahora nos estamos encontrando con que estas restricciones para el acceso a los servicios sanitarios están generando muchísimo enfado en la población en Atención Primaria, pero también en Especializada.

Estos problemas, además, generan otra reacción que para nosotros es muy tóxica, que es la productividad. La productividad que en un momento determinado puede ser una herramienta útil para solventar problemas puntuales de falta de recursos en un servicio determinado o en una actividad determinada, con la Covid-19, lo que se está generando es como si fuera la llave maestra para solucionar o la solución para todos los problemas y creemos que no es así. Los datos que daba la portavoz de Navarra Suma, demuestran que estamos gastando muchísimo dinero en esto, si la progresión que llevamos la mantenemos durante todo el año, prácticamente vamos a triplicar el gasto que se hizo año pasado. Eso es un problema, porque aquí los profesionales no somos ángeles, y si uno se acostumbra a mantener unos niveles de ingresos más altos, gracias a que está generando una actividad extraordinaria, a que tiene que asumir otras responsabilidades o a que tiene que estar haciendo horas extraordinarias, luego dejar de recibir esos emolumentos puede ser un problema y otras veces nos ha ocurrido. Nos

pasó en el 2010 con toda la campaña de reducción de listas de espera que desarrolló entonces UPN y que generó un negocio, o por lo menos unas retribuciones bastante importante de los profesionales que luego a la hora de retirarlas generó malestar porque es normal.

Al final la gente, nos acostumbramos a vivir con lo que tenemos y nos tememos que se está volviendo a alimentar un monstruo que puede absorber muchísimos recursos que los necesitamos para otra cosa y porque además, tenemos unas tasas de desempleo que son muy importantes y que creemos que bien dirigidos, ahora son 5 millones largos, pero que terminaremos, calculo, sobre 10 este año, estaríamos hablando de que podrían ser en torno a 600-700 puestos de trabajo de nivel A, de especialistas. Es decir, una capacidad de absorber actividad importantísima y que bien gestionado y bien organizado podría ser una forma de encauzar el problema que tenemos con las listas y con la actividad que se nos está bloqueando en estos cuellos de botella que hemos ido generando a lo largo del tiempo.

También tenemos otros problemas que yo creo son de carácter estructural, a lo largo de, ahí yo creo que es una práctica que todavía se mantiene, a lo largo de los últimos años, sobre todo los gobiernos de UPN, se fue reduciendo el número de camas hospitalarias. ¿Qué sucede? Que esta semana se va a empezar la actividad programada de los quirófanos de mañanas y tardes, como está habiendo un crecimiento importante de enfermos Covid que acaban en hospitalización, se nos bloquean un montón de camas que no podemos utilizar para los pacientes quirúrgicos. Se nos vuelve a bloquear, es decir, volvemos a tener otro cuello de botella que impide que la actividad ordinaria recupere una velocidad de crucero que permita absorber toda la demanda o todas las necesidades que tiene la población. Ahí creo que también deberíamos incidir. Es decir, en su día se redujeron las camas hospitalarias de una forma importante, se recuperó en la anterior legislatura en torno a unas ochenta camas, pero creo que ahí también se puede hacer un esfuerzo y ese esfuerzo puede ir un poco en la línea que comentaba la Consejera de la capacidad de adaptar las infraestructuras a las necesidades. No nos parece mal. No creemos que tenga que haber muchas camas sin utilizar, pero sí que tengamos los recursos o la infraestructura adecuada para ampliar ese número de camas cuando lo necesitemos y para reducirlas cuando no las necesitemos. Ahí yo creo que se pueden buscar soluciones interesantes.

Otro tema que a nosotros nos ha aparecido importante y que afecta a las listas de espera es el ganar capacidad resolutive en Atención Primaria. En los datos que he revisado del número de profesionales por 100.000 habitantes, desgraciadamente, creo que con Mallorca somos la comunidad que tiene el índice menor de profesionales de Medicina en Atención Primaria. Eso también incide, porque yo recuerdo, porque me tocó en su día negociar el acuerdo, cuando se hizo el acuerdo para mejorar la Atención Continuada Urgente en Atención Primaria, se contrataron casi 200 profesionales. Lo que tuvo un efecto práctico en la actividad tanto de la Especializada como de las Urgencias Hospitalarias. Las Urgencias Hospitalarias se redujeron de 400 por 30, por 1.000 habitantes en el año 2007; a creo que fueron 370 justo antes de la contrarreforma de que se restringiera otra vez esa actividad. Creemos que por ahí también tenemos que trabajar. Es decir, si somos capaces de mejorar los recursos de la Atención Primaria de reforzarlos y de garantizar o de mejorar su capacidad resolutive, vamos a tener muchas, creo que vamos a tener muchas posibilidades de que la demanda o la derivación a

Especializada se reduzca de forma importante y eso creo que es algo que está en nuestras manos y que es de fácil solución; costosa, pero yo creo que viable.

De otros aspectos que ha comentado la portavoz de Navarra Suma, sí que me gustaría sumarme a esa demanda, sobre todo por la información. El tener acceso a la información que genera el Servicio Navarro de Salud, el tener los datos del Sitna de lo que sería un poco la actividad que se está generando, al final no tenemos ninguna duda de que los técnicos del Servicio Navarro de Salud tienen más recursos y más capacidad de analizar que la que tenemos nosotros y nosotras, pero creemos que siempre puede haber algún aspecto en el que podamos facilitar o sugerir mejoras que puedan ser tenidas en cuenta si no se han percatado de ellas. Y nada más, solo agradecer toda la información. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Muchas gracias a usted, señor González. Ha excusado su ausencia el señor Buil, el portavoz de la Agrupación de Parlamentarios Forales Podemos-Ahal Dugu, así que por lo tanto, finalizaremos el turno de intervenciones con la portavoz del Grupo Mixto-Izquierda-Ezkerra, señora De Simón, cuando quiera.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias, señora Presidente. Bienvenida y muchas gracias, señora Consejera, por estar aquí por su intervención y la cantidad de datos que nos ha ofrecido. Buenos días también, buenas tardes casi ya, a todos ustedes y todas ustedes. Yo poco más que añadir a todo lo que se ha comentado, sí, alguna que otra reflexión.

Si alguien pensaba que las listas de espera no se iban a ver afectadas por la Covid-19, que no lo pensábamos nadie, tampoco la portavoz de Unión del Pueblo Navarro, como no puede ser de otra manera, nadie pensábamos que no iba a impactar, pero lo que sí que es cierto es que además de la Covid las personas, seguimos, siguen estando padeciendo otro tipo de enfermedades que no pueden dejar como usted bien decía, señora Consejera, de atenderse, por lo tanto, yo creo que algo hay que hacer. Espero que tengan mucho éxito con todas las medidas que ha presentado. Pero no obstante yo tengo alguna que otra pregunta, son preguntas quizás muy simples, muy sencillas, pero yo creo que no por ello es menos importante.

A ver, yo entiendo, como no puede ser de otra manera, que dada una situación de estas características, es necesario discriminar y decidir qué tipo de acciones sanitarias, qué tipo de atenciones, son más necesarias y más urgentes que otras. Pero me preocupa todo lo que tiene que ver con las primeras consultas o con las pruebas de primeras consultas. Cómo hacer para que no se nos escapen situaciones que requieran una intervención sanitaria rápida y urgente. Ya saben que yo soy bastante lega en la materia, o sea que a lo mejor estoy preguntando cosas muy simples pero francamente a mí me preocupa esa cuestión.

Otra pregunta que tengo es si prevén que a partir de septiembre la situación de la lista de espera va a mejorar, o sea, va a disminuir. Porque yo viendo los datos, parece que hay una indicación clara de que en el mes de agosto se han acumulado más personas en las listas de espera y entiendo que en este caso también ha empeorado o ha disminuido el tiempo de respuesta. Por lo tanto, si hay expectativas en este sentido y si las merecidas vacaciones que sin ninguna duda se ha tomado nuestro personal sanitario ha podido influir.

Y luego tengo otra pregunta, si esto se puede solucionar con más recursos. Porque lo que sí que ha puesto yo creo que a examen esta pandemia es la situación en que estaba nuestro sistema sanitario para ofrecer respuestas rápidas y además flexibles. Pero mi pregunta es si esto se puede solucionar, si hay recursos suficientes, formas suficientes, hospitales suficientes, camas suficientes para poder abordar todas estas necesidades al cien por cien, es eso posible o es que necesariamente habrá que priorizar. Porque yo ya entiendo, que si uno va a hacer una artroscopia de rodilla porque a su menisco le pasa no sé qué, no es lo mismo que si hay una sospecha de que tenga yo qué sé un, creo que se llama, osteosarcoma, que tenga un cáncer. Yo eso ya entiendo, pero no termino de entender cómo se discrimina.

Y dos cositas. Una, yo sigo convencida y yo creo que desde que llevo en este Parlamento creo que hemos insistido desde Izquierda-Ezkerra en múltiples ocasiones, que hay que ganar en eficiencia y en eficacia, y en flexibilidad del sistema. Decía ahora el portavoz de EH Bildu que los profesionales sanitarios y otros profesionales estamos acostumbrados a unas determinadas condiciones de trabajo. Pero es que esta situación requiere el esfuerzo de todos y de todas, y a mí me parece que eso habría que abordarlo. Habría que abordar todo lo que tiene que ser con los horarios, esos horarios de atención, tanto en Atención Primaria, como en Especializada, como en Hospitalaria, como todo lo que tiene que ver con las intervenciones quirúrgicas, a lo mejor no, a lo mejor no. Seguro que hay que flexibilizar esos horarios, seguro que los centros hospitalarios y los centros de Atención Primaria necesitan otro tipo también de actividad y atención, por ejemplo, por las tardes. Esto es algo que yo creo que habría que abordar, porque la capacidad de nuestro sistema público de Salud es la que es y habría que aprovecharla al máximo.

Por lo tanto, miren, colaboración de los profesionales, mejor organización del sistema a través de las instancias públicas, pero también colaboración de la ciudadanía, sin la colaboración de la ciudadanía, poco vamos a poder hacer. Yo, lo decía también la portavoz de Geroa Bai, y eso sí que influye, influye mucho en la manera de sentirse enfermo, de sentirse sano o sana, o de sentirse en peligro, o sea, «...es que me han atendido por teléfono y es que...». En fin, yo creo que ese tipo de cuestiones hay que llevarlas también con mucho rigor. Si a usted le atienden por teléfono es que será suficiente. Si esa atención telefónica, como bien decía la portavoz de Navarra Suma, resulta que a esa persona no le resulta satisfactoria de alguna forma habrá que intervenir. Y la respuesta no es «¡Ay! Como usted se queja más...», «A usted como le pasa no sé qué, porque tiene tal sensación o tal sentimiento, entonces a usted sí que le voy a atender presencialmente», porque igual se nos escapa algún otro tipo de situaciones que sean así.

Es decir, casi estoy pensando que estoy hablando por hablar, porque es que no tengo respuestas. No tengo respuestas ni tengo ninguna propuesta mejor que hacer al Departamento de Salud de lo que está haciendo. Excepto lo que he comentado respecto a ganar en eficiencia, en eficacia y que ahí cuentan también todos los horarios, que uno a lo mejor, en lugar de trabajar siempre de mañana, tiene que acostumbrarse a que le toca operar por la tarde, sin que eso suponga que sea una actividad extraordinaria. Nada más y muchas gracias.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Muchas gracias a usted, señora De Simón. Bien, una vez finalizado el turno de intervenciones de los grupos parlamentarios y a solicitud de la señora Consejera, haremos un receso de cinco minutos antes de la réplica, gracias.

(Se suspende la sesión a las 13 horas y 57 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 14 horas y 05 minutos).

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Por favor, tomen asiento los señores y señoras Parlamentarias. Bien reanudamos la sesión. Tiene su turno de réplica la señora Consejera cuando quiera, por un espacio de diez minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Bueno, la verdad es que agradezco sinceramente su análisis, sus aportaciones y, por supuesto, como comentamos en su día este es un tema en el que queremos ir del brazo con ustedes, siendo conscientes de la complejidad y de que en esta coyuntura lo difícil que es el equilibrio, en una cuestión en la que coincidimos totalmente, que es la Atención Covid y lo no Covid, las necesidades que tiene nuestra población.

Estamos atendiendo muchos pacientes con Covid pero en una situación leve, pero tenemos población que tiene problemas de salud más serios en los que tenemos que seguir trabajando como estábamos haciendo y como teníamos planteado. Por ejemplo, cuando hablamos de la atención a pacientes vulnerables, que saben que para nosotros es un objetivo, es un pilar básico en toda esta época y antes también, y que pareciera que a veces en Atención Primaria o que desde Salud fuera exclusivamente el medio residencial, cuando vulnerables también tenemos en domicilios, pacientes en situaciones en las que es tan importante el trabajo comunitario.

Cuando he comentado antes que de las lecciones que aprendimos de la pandemia, una de las más destacables era la importancia del trabajo en equipos multidisciplinares, yo creo que lo he comentado en alguna otra comparecencia, que realmente siendo conscientes como organización de que a veces no es fácil, en esto hemos aprendido, tanto a nivel hospitalario, de profesionales, de estamentos distintos, de competencias distintas, cómo tenían muy claro a que tenían que responder, y en Atención Primaria, que siempre parece que el concepto de equipo de profesionales estaba más claro, pero que todos seamos conscientes de las dificultades también.

Entonces, esto yo creo que es uno de los aspectos más importantes a los que nos tenemos que agarrar en una época en que el déficit de profesionales es muy importante, porque cuando estamos hablando de profesionales médicos en Atención Primaria, antes se hablaba del tema de productividad, del tema de este análisis que comentaba el señor González, bueno nosotros siempre hemos tenido muy claro que a la hora del tema de planificación, a la hora de la organización de profesionales, lo primero es analizar si realmente nuestra organización es eficiente y eficaz para dar respuesta y si podemos tomar medidas en ese aspecto.

Segundo, el tema de contratación y este tema es claro, si desde luego hay en las listas de contratación, tenemos profesionales, sin ninguna duda siempre ha sido este un criterio antes de productividad, pero la realidad es que, por ejemplo, en las listas de profesionales de

médicos de familia, no solo aquí en Navarra, yo creo que son conscientes ustedes de que en todas las comunidades tenemos la misma situación, no es «se van de aquí...» como se decía porque, no, no, no, tenemos la misma situación. Entonces, ¿qué nos queda cuando no hay profesionales para sustituir bajas cuando resulta que todas las vacaciones se han juntado? Porque así lo hemos indicado, porque todos, y no ha hecho falta indicarlo, porque todos los profesionales estaban a lo que estaban, independientemente de situaciones de ausencias por estar contagiados por ser contactos, etcétera. Quiero decir, se ha estado trabajando hasta justo cuando la pandemia ya un poquito cambió, todos vimos cómo decrecía, cómo se doblegaba. Entonces, era necesario el que los profesionales, yo creo que todos eso lo tenemos muy claro, tenían que descansar y coger fuerzas para este otoño que nos viene complejo, pero que somos conscientes que ya ha supuesto que los profesionales han tenido que trabajar mucho y hacer más horas, pagadas por productividad, pero desde luego, lo que estaba claro es que no teníamos profesionales para contratar.

Saben también, porque lo he comentado en la comparecencia anterior que se han renovado los contratos que teníamos a fecha 31 de agosto, de ochocientos profesionales hasta 31 de diciembre. Quiero decir, se está haciendo un esfuerzo muy, muy importante, porque además en los aspectos organizativos efectivamente hemos estado quizás acostumbrados a un sistema más rígido: un médico y una enfermera para atención. Pero es que igual, en una zona que hay mucha gente mayor, lo que se necesita es potenciar la atención a domicilio a estos vulnerables que he comentado, la atención de autocuidados y, efectivamente, tenemos otros profesionales, pero que en este momento les diría que realmente las listas de contratación son unas listas en las que profesionales sanitarios tenemos un déficit importantísimo, que es lo que hace que nos lleve a otro tipo de retribuciones. No porque los profesionales quieran muchas veces trabajar, sino porque realmente para dar una respuesta, no hay otra organización. Sobre todo, porque además tenemos muy claro esto, que la atención nos lleva a que tenemos que mantener esta Atención Covid y la tenemos que mantener con seguridad, con seguridad para pacientes y profesionales y la no Covid nadie queremos renunciar, ni los profesionales, ni los gestores, ni los políticos, porque somos totalmente conscientes y esto nos lleva a priorizarlo.

Ya también como comenté en la comparecencia de Atención Primaria y he comentado también en el abordaje que planteamos con las listas de espera: aumentar la actividad presencial. Claro que sí, cuando es necesaria para el proceso que tiene esa persona y que se ha valorado. Y muchas veces, esto, como se hizo en su momento, cuando se dice que por qué se han quitado personas de listas de espera, hemos comentado también que los profesionales que estuvieron llamando, que estuvieron viendo si con una serie de recomendaciones o de valoraciones el paciente opinaba que esto era un alta. Pero también se ha comentado que los profesionales, y es verdad que es muy difícil hacer una valoración telefónica, ¿por qué aumentaban luego? Si vemos eso, sería muy aburrido traer aquí tablas que desde luego no las he traído, pero viendo efectivamente cómo bajaba y de repente en abril y en julio subía, porque era cuando el profesional decía, al mes y a los tres meses, para valorar cómo va este paciente.

Empoderar la Atención Primaria, yo creo que un instrumento, hay instrumentos que desde luego, se ha visto que tenemos que aumentar y tenemos que mejorar, todo el tema como

comentaba la doctora Fanlo de la telemedicina que es un acto médico, pues sí, con seguridad y de todo tipo, también para la relación. También en la relación, las interconsultas no presenciales que, efectivamente, no es un instrumento de ahora. A mí, yo lo he de comentar, desde luego, en mi vida profesional era un instrumento de relación entre distintos niveles que lo utilizada y que me daba, no solo satisfacción a mí como profesional del ámbito hospitalario, sino al paciente, y que pensaba que me prestigiaba también esto y esa es una línea de mejora importante. Eso, ya se ha puesto porque ya estaba también previsto entre enfermería, también se ha puesto entre especialistas del ámbito hospitalario de distintas especialidades, claro que tenemos allí que potenciar temas como la teledermatología. Somos conscientes: una, que para el ciudadano, eso mejora la accesibilidad; otra, que desde luego, en esta época Covid, evitamos encima que el ciudadano ande de unos centros a otros y eso desde la seguridad es más importante.

Ahí tenemos que avanzar, esto nos empodera yo creo a los profesionales, cara a los ciudadanos y desde luego, el ciudadano en esta relación de confianza y de que él decida si piensa que necesita o que no necesita, por supuestoísimo que esto es, como se comentaba también el otro día, una medicina centrada en el paciente hacia la que tenemos que seguir avanzando, desde equipos multidisciplinares que están trabajando de manera conjunta y por supuesto que de la manera más eficiente, pero también vamos a tener que avanzar en otras modificaciones organizativas, probablemente. Tenemos una organización que probablemente durante mucho tiempo ha sido muy rígida y ahora ha cambiado siendo más flexible y eso es importante, eso es bueno reconocerlo y quizás tenemos que avanzar más a decir: «¿Quiénes trabajan en una zona para dar respuesta?» y «¿Cuál es la manera más eficiente y según la realidad de poder dar esta respuesta?», teniendo muy claro ese objetivo y vamos a tener que avanzar en cuestiones de gestión de profesionales que nos van a llevar para poder dar esta respuesta que estamos comentando.

Alguna otra cuestión que ha salido, efectivamente, hay tiempos de espera medios, excepto en las sucesivas están peor, han empeorado claro que sí. O sea, desde luego todos somos conscientes pero a veces a la hora de valorar, quizás decimos, hemos pasado, estamos pasando y nos queda para tiempo una pandemia, ¿esto nos va a afectar? Todos lo tenemos clarísimo y sabemos cómo nos ha afectado, el tema es si tenemos claro qué objetivos y estos los consensuamos. Lo mismo que he comentado en las interconsultas no presenciales ampliadas que se están llevando a cabo en digestivo o en endocrino, evaluémoslas si tienen consenso de los profesionales, veamos qué otras especialidades y veamos en qué procesos y con profesionales trabajando de un ámbito y de otro, teniendo muy claro el papel de cada uno. Yo creo que así avanzaremos y este tema estará claro.

Otro tema que ha salido el de la transparencia con el tema de las listas de espera. Yo creo que ya he comentado que hoy están los datos, pero están porque he comentado el problema que había habido con las listas de espera quirúrgicas y cuándo se han corregido. Este tema he comentado cómo había afectado que además no nos beneficiaba como estaba, entonces, comentarlo por esto.

Yo creo que lo que es importante en este en esta situación es que las líneas estratégicas que los puntos que he marcado, si quieren responder a lo que todos identificamos cómo podemos

dar una mejor respuesta, sabiendo que no vamos a recuperar, que el tema no vuelven a ser datos de recuperar una actividad en el sentido, aunque eso a veces genera insatisfacción y eso es entendible, estamos, cuando yo creo que se ha funcionado muchos años de una manera, a veces esto se echan falta y es entendible. Pero también allí yo creo que en la comunicación a la población y en la comunicación hay cuestiones.

Antes se ha hablado de la diferencia, comentaba también, señor González, de derivaciones de unos profesionales, a otros, de actividad, claro que hay variabilidad y claro que hay cuestiones que a veces no son fáciles, como uno de los atributos que más se ha visto que tiene relación con las derivaciones es, la longitudinalidad en la atención, a aquel profesional sanitario que tiene una relación de tiempo con sus pacientes que los conoce, normalmente hay una relación de confianza más establecida y ese profesional, sí que se ha visto, que es un profesional que deriva menos y también es un profesional que cuando hemos hablado de otras formas de relación telefónica, etcétera, es bien valorado porque sus pacientes le reconocen este interés por ellos.

Yo no lo voy a volver a repetir lo que vamos a hacer y las líneas un poquito que he marcado porque sería reiterativo. Agradezco como he comentado todas sus valoraciones, en esto, desde luego nuestro objetivo y sobre todo el que nos parece, aunque lo estoy repitiendo que es más claro de transmitir es que la patología no Covid es nuestra prioridad, lo mismo que la Covid, y vamos a dedicar energías, esfuerzos, vamos a buscar alianzas, complicidades de los profesionales, como no puede ser de otra manera y desde luego, todo su apoyo también. Muchas gracias. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTE (Sra. Unzu Garate): Muchas gracias, señora Consejera. Bien, agradecemos enormemente sus explicaciones, su presencia hoy en esta Comisión, así como también al señor Apezteguía. Gracias también a las señoras y señores Parlamentarios, porque han acudido a esta convocatoria y que nos han acompañado a través de los medios telemáticos, así como a los medios de comunicación que también nos ha seguido. Agotado el orden del día y sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión, gracias.

(Se levanta la sesión a las 14 horas y 18 minutos).