



DIARIO DE SESIONES  
DEL  
**PARLAMENTO DE NAVARRA**

---

X Legislatura

Pamplona, 26 de febrero de 2021

NÚM. 29

---

**TRANSCRIPCIÓN LITERAL**

**COMISIÓN DE SALUD**

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.<sup>a</sup> YOLANDA IBÁÑEZ PÉREZ

**SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 26 DE FEBRERO DE 2021**

**ORDEN DEL DÍA**

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Gerente de Salud Mental para exponer las líneas de actuación y de gestión en el área de Salud Mental en Navarra.
- Pregunta sobre los informes que avalan la decisión de abandonar la continuidad del análisis de Covid en aguas residuales, presentada por la Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Cristina Ibarrola Guillén.
- Pregunta sobre la situación de las listas de espera, presentada por la Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Cristina Ibarrola Guillén.

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

(Comienza la sesión a las 12 horas y 10 minutos).

**Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Gerente de Salud Mental para exponer las líneas de actuación y de gestión en el área de Salud Mental en Navarra.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Ibáñez Pérez): Muy buenos días. Comenzamos la comparecencia. Comparecencia que ha sido solicitada por el grupo parlamentario Partido Socialista, por la señora Fanlo. Para hacer una exposición, tiene usted la palabra, señora Fanlo.

SRA. FANLO MATEO: Muchas gracias, señora Presidenta. Buenas tardes ya. Arratsalde on. Bienvenida la Consejera, la señora Santos Induráin, y bienvenido al nuevo Gerente de Salud Mental, el señor Iñaki Arrizabalaga. Le queremos dar la enhorabuena desde el Partido Socialista, por este nuevo nombramiento.

Hemos solicitado esta comparecencia para que nos explique cuáles van a ser las líneas de actuación y estrategias que se van a implementar en el área de Salud Mental. Ya sabemos que hay un marco estratégico, que es el Tercer Plan de Salud Mental, pero queremos saber cuáles van a ser, sobre todo, las líneas más importantes en las que usted va a incidir su gestión.

Entendemos que la salud mental en Navarra debe enfrentarse a grandes retos. Entre ellos, debe centrarse en una visión más comunitaria y, sobre todo, con una asistencia que pivote en el área sociosanitaria como pilar fundamental. Visión que entendemos que es común a este departamento, a esta gerencia y, desde luego, a nuestro grupo. Muchas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Ibáñez Pérez): Gracias a usted, señora Fanlo. Yo lo primero, comienzo también la comparecencia, dando la bienvenida a la Consejera, la señora Induráin, y al Gerente de Salud Mental, señor Arrizabalaga.

Tiene la palabra, primero, la señora Induráin, que creo que va a hacer una presentación del Director General, y acto seguido intervendrá el Director General de Salud Mental, señor Arrizabalaga, por un tiempo máximo que le daremos de treinta minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Buenas tardes, arratsalde on, señoras y señores Parlamentarios. Efectivamente, yo lo único que voy a hacer es la presentación del nuevo gerente de Salud Mental, del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Iñaki Arrizabalaga Etxegoena, que accede a este puesto desde la dirección del centro de salud mental de Burlada, donde lleva ejerciendo desde hace más de dos décadas.

Iñaki Arrizabalaga tiene una amplia trayectoria profesional como psicólogo clínico en la red de asistencia psiquiátrica extrahospitalaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con un trabajo importante en equipos multidisciplinares, con un abordaje comunitario, con un modelo colaborativo en conexión con los diferentes agentes de la comunidad y con un trabajo en red. Tiene también una trayectoria docente. Ha formado parte de la Comisión Asesora de la Unidad Docente de Psiquiatría y Salud Mental de Navarra, de la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental. Colaborador, también docente en el programa de formación posgrado de psicólogos y en la formación para profesionales de Atención Primaria.

También, a nivel investigador, con publicaciones científicas relacionadas con esquizofrenia, drogodependencias, etcétera. También en un trabajo comunitario con asociaciones de familiares. Esto que es la presentación, es sin más para darle paso y que él nos hable del motivo de esta comparecencia, que es hablar de las líneas estratégicas y de las líneas de acción de Salud Mental en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD MENTAL (Sr. Arrizabalaga Etxegoena): Arratsalde on, buenas tardes, señores y señoras Parlamentarios. Antes de empezar, quiero agradecer la oportunidad que se me brinda para poder presentar ante esta Comisión de Salud las líneas estratégicas del plan operativo que vamos a desarrollar durante los próximos tres años. No va a ser un nuevo Plan de Salud Mental, sino el desarrollo de acciones que están encuadradas dentro del Tercer Plan de Salud Mental de Navarra y que van a ir reorientadas a reforzar el subsistema comunitario.

Voy a hacer primero una pequeña introducción, voy a hablar de valores. Voy a hablar también de los ejes estratégicos, las líneas estratégicas y líneas de acción.

Para empezar, sí que quiero comentar que a principios de este año 2021 se produjo un relevo en la Gerencia de Salud Mental. Consecuencia de dicho relevo, se han producido cambios en el equipo directivo de esta gerencia. Se ha constituido un equipo multidisciplinar de personas de contrastada experiencia en disciplinas tales como la psicología clínica, la psiquiatría, el trabajo social, la enfermería y la gestión. Personas con una larga trayectoria en el ámbito de la salud mental, ilusionadas y motivadas y con ganas de trabajar en este nuevo proyecto, siendo conscientes del reto que supone asumir esta responsabilidad.

Nuestro objetivo general es el desarrollo de abordajes comunitarios en los que se realice una atención individualizada, humanizada, aceptando las condiciones subjetivas, sociales y centradas en las personas y en las familias. Abordajes centrados en las fortalezas y no tanto en las debilidades, fomentando los autocuidados y evitando que las personas sean meras receptoras de servicios. Las intervenciones comunitarias se llevan a cabo en el entorno natural, en el contexto, y esto, obviamente, precisa de la implementación flexible y adaptada al contexto de las intervenciones basadas en la evidencia, y de esto no nos vamos a olvidar.

Defendemos los postulados básicos de los modelos comunitarios. El centro de salud mental, siendo el pivote de la asistencia en Salud Mental, la sectorización, la asistencia basada en modelos biopsicosociales, el trabajo multidisciplinar y en equipo, en coordinación con los diferentes recursos comunitarios. Intervenciones que favorecen que el proceso de recuperación se produzca en el entorno natural, con el apoyo de las redes sociales formales e informales, siendo la Atención Primaria la principal aliada.

Entendemos que estamos inmersos en una situación compleja. Venimos de una crisis económica, financiera y social y psicológica iniciada en el 2008, que ha tenido una importante repercusión en la población, en términos de salud y de desigualdades sociales, con clara repercusión, asimismo, en el estado emocional de las personas.

A esto se le ha añadido la irrupción de la pandemia en este último año, que ya está generando un importante impacto en la calidad de vida de las personas y, en especial, las personas más vulnerables.

Ante la situación en la que nos encontramos, nuestro objetivo para los próximos tres años será la de dar respuestas eficientes, creativas, flexibles al malestar que esta situación está generando en las personas. Para ello, desarrollaremos estrategias destinadas a hacer más efectiva la atención de las personas más vulnerables, potenciando los recursos de apoyo y ayuda propios de la comunidad, promoviendo el trabajo de colaboración con la Atención Primaria y desarrollando intervenciones y acciones interdepartamentales e intersectoriales.

Pensamos que la salud mental es un asunto de todos. Asumimos, asimismo, la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud y abogamos por un modelo de internalización colaborativa, en conexión, que esto va a ser, de alguna manera, nuestro elemento fundamental. La conexión entre diferentes agentes de la comunidad, desarrollando trabajos en red. Tenemos en cuenta, asimismo, el concepto de vulnerabilidad, explicada en función de determinantes sociales, ambientales, económicos, biológicos y psicológicos.

Para concluir la introducción, quiero decir que nuestra intervención estará focalizada en objetivos operativos y, sobre todo, en desarrollo de acciones específicas, y estará encuadrada dentro del Tercer Plan de Salud Mental de Navarra, que está en vigor en la actualidad y que asumimos como estratégico. Dentro de los valores, entendemos los valores como la guía del plano operativo que va a ser, y que van a ser transversales a la estrategia y a las líneas de acción a desarrollar. Dentro de los valores, pues vamos a destacar lo que es la autonomía, que es mejorar la autosuficiencia de las personas usuarias, evitando intervenciones paternalistas, generadoras de dependencias patológicas, focalizando en las fortalezas de las personas y posibilitando la integración en las redes naturales de la comunidad.

Otro elemento clave y que iremos viendo a lo largo de toda la exposición sería la continuidad de cuidados. Desarrollar estrategias de comunicación, de relación entre todos los dispositivos, tanto asistenciales, como sociales, como sociosanitarios. Un modelo de intervención multidisciplinar basado en planes individualizados de tratamiento que deberán de continuar en los diferentes recursos asistenciales. El otro elemento clave sería la accesibilidad, también hablaremos. Facilitar el acceso a los recursos asistenciales, gestionando situaciones que pueden dificultarlas. Esperas, horarios, cuestiones idiomáticas, culturales, distancias geográficas y limitaciones de la propia afectación del problema de salud mental. La «comprensividad», qué es esto, la cobertura está sectorizada y lo que habrá que tratar es que todos los sectores estén dotados de los mismos recursos asistenciales.

Recuperación personal, otro elemento importante. La importancia de la participación de servicios básicos de la comunidad, y la recuperación en términos de los valores, de los intereses de las personas. La responsabilización y el compromiso de los profesionales de la salud mental. Carteras de servicios claras, posibilidades de tramitación de quejas y de respuestas, etcétera. Luego la calidad, la calidad de intervención en todas las áreas: prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación; y en todos los escenarios: ambulatorios, hospitalarios, residenciales, etcétera. Otro elemento clave, la humanización. Intervenciones centradas en las personas y fomentando la participación de las mismas en los procesos de toma de decisión.

Luego estaría la importancia de la formación, docencia e investigación, priorizando áreas relacionadas con la humanización y modelos de intervención comunitaria. Los ejes estratégicos serían tres. Mejorar la salud de las personas y reducir la variabilidad asistencial, promover la reevaluación y la reorganización de los recursos asistenciales de la red de salud mental y promover la intervención comunitaria e intervención intersectorial e interdepartamental.

Ahora entraremos un poco a hablar de las líneas estratégicas. La primera sería la priorización de la promoción y protección de la salud mental, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma. Las acciones a realizar en esta línea estratégica estarán relacionadas con el objetivo de generar impacto sobre los determinantes de salud, y más específicamente de salud mental. Con el objetivo de aumentar la salud mental positiva, reducir las desigualdades y mejorar la calidad de vida. La reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental.

Se realizaron intervenciones de tipo universal, dirigidas a toda la población, selectivas a personas en situación de riesgo e indicadas, dirigidas a personas vulnerables con indicadores iniciales de problema. Estas intervenciones se deberán realizar desde enfoques interdisciplinarios e intersectoriales, y Salud Mental intervendrá con diferentes niveles de implicación en funciones de los objetivos de la intervención.

A continuación, hablaremos de áreas de intervención que nos parecen estratégicas. En primer lugar, y uno de ellos, que estaría relacionado con el trastorno mental grave, sería la de promover la mejora de la salud de los pacientes con trastorno mental grave. Líneas de acción, disminuir la morbilidad, promocionar estilos de vida saludables y fomentar autocuidado y empoderamiento de salud en personas con trastorno mental grave.

Sería necesario intervenciones de colaboración entre Salud Mental, Atención Primaria, Administraciones Locales y agentes de la comunidad, facilitadores de la generalización y el mantenimiento de los hábitos aprendidos y desarrollados. Aquí tendría una importancia fundamental, personal de enfermería y de Trabajo Social, de los recursos de Atención Primaria de Salud Mental.

Otra área importante sería promover la prevención de las conductas suicidas. Las líneas de acción estarían, por un lado, todo lo relacionado con las líneas divulgativas de sensibilización dirigidas a la ciudadanía sobre la importancia del bienestar emocional y sobre los factores de protección. Sería una intervención universal. Se ha activado, además, la Comisión Interinstitucional para la Prevención de Conductas Suicidas, y su objetivo será el de desarrollar iniciativas de mejora.

Tenemos el código suicidio, que estamos trabajando ahora, que es la evaluación estandarizada, activación de códigos en caso de riesgo, con intervenciones preferentes e intensivas. Se dispondrá de un panel de control de pacientes de riesgo. Seguimiento de tentativas de suicidio, según protocolo organizado por la Gerencia de Salud Mental. Eso se está realizando. Acciones de reflexión en equipos de trabajo, tras suicidio consumado, análisis, causas y raíz, intervenciones con familiares supervivientes de pacientes, y luego intervenciones de asociaciones de autoayuda, de autoapoyo.

Otro elemento importante sería promover programas comunitarios de salud mental en colectivos de alto riesgo. Intervención en el centro penitenciario, albergues comunitarios, referencias de Cáritas, personas en exclusión social.

Por otro lado, y otro importante sería la promoción e intervención en personas adultas que están en situaciones de conflicto, problemas de la vida y afectación emocional. Aquí, por un lado, estaría todo lo que son las campañas divulgativas y de sensibilización dirigidas a la ciudadanía, sobre la importancia del bienestar emocional y los factores de protección, y luego serían intervenciones más indicadas en personas con trastornos o con síntomas ansiosos y depresivos, que se realizarían en Atención Primaria y en Salud Mental. Grupos de autoayuda, intervenciones en formato grupal e interdiagnóstico.

Luego tenemos el área Infanto-juvenil, área muy importante. Es el futuro. Aquí nos lo hemos planteado a tres niveles. Por un lado, a nivel de promoción de la salud Infanto-juvenil. Ahí hay una línea de trabajo entre salud pública y salud mental Infanto-juvenil, focalizada en acciones en embarazo y primera infancia, escuelas de familias, estilos de crianza, la inclusión y la revisión del niño o niña sanas, más aspectos emocionales, el uso de TIC, facilitar el acceso de menores de catorce a dieciséis años a pedir ayuda y retomar espacios para jóvenes.

Aquí la intervención sería en Salud Pública con colaboración de Salud Mental. Luego sería otro nivel, promover la prevención de la ansiedad y la depresión en alteraciones del comportamiento en población infanto-juvenil. Se está viendo que estos síntomas son síntomas iniciales de luego alteraciones más complejas. Sería interesante intervenir en estrategias de resolución de problemas, de regulación emocional, de habilidades sociales, de afrontamiento, y también intervenir con padres. El contexto en este caso ideal serían los centros escolares, habría que iniciar un trabajo de coordinación con los centros escolares y valorar si se podría llevar a cabo estos procedimientos.

Luego, el último nivel sería la detección e intervención en situaciones de riesgo para la salud mental del menor. Aquí tendríamos la participación y la colaboración y las acciones de las redes del menor e implementar intervenciones preventivas con padres y madres de menores, padres y madres con enfermedad mental con niños menores. Este es un área de trabajo que se va a iniciar ya.

Luego tendríamos, otro tema importante sería la población mayor adulta, e intervención en estrategias de resolución de problemas y regulaciones emocionales y habilidades sociales. Promover cuidados de salud, promover socialización y desarrollo de pertenencias a grupos sociales.

Otra área importante que nos hemos planteado desde la Salud Mental, y viendo las consecuencias que va a generar en las situaciones emocionales, la situación covid, lo hemos definido como intervenciones postcovid.

En estos momentos se está promoviendo la constitución de un grupo de trabajo dentro del Comité Director de Atención Integral y Continuidad Asistencial. Un grupo de trabajo que ya está en marcha, ya está, ya estamos en contacto con salud pública y nos vamos a poner también en contacto con Atención Primaria, con un objetivo de segmentación de intervenciones por niveles,

iniciando por promover campañas divulgativas y de sensibilización dirigidas a la ciudadanía, a nivel de gestión emocional, a través de protección. Promover coordinación con recursos sociales de apoyo y organizaciones y redes de apoyo mutuo en entidades locales y Departamento de Derechos Sociales.

Un elemento importante que lo voy a repetir más adelante también, elaborar y difundir un censo de recursos organizados por tipología de oferta. Promover trabajo colaborativo con la Atención Primaria, definiendo estrategias de intervención por niveles de complejidad, conexión, enfermería y Trabajo Social, Atención Primaria y Salud Mental, INP, Intervenciones no presenciales. Y Salud Mental apoyará la Atención Primaria con psicoterapia en formato grupal, PsicAP, pendientes de la estrategia que vaya a desarrollar posteriormente Atención Primaria. Desde Salud Mental se van a desarrollar estructuras de atención para dar respuestas a las necesidades que vayan surgiendo.

Otro elemento clave será impulsar la mejora de la imagen, prevenir el estigma de las personas con enfermedad mental. Habrá tres líneas de acción que sea el diseño e implementación de un programa orientado a eliminar comportamientos estigmatizantes por parte de los profesionales de la salud mental. Desarrollo de acciones formativas en equipos de trabajo, e incluir en las intervenciones con usuarios, estrategias destinadas a erradicar el autoestigma, porque es un elemento muy importante, el autoestigma que tienen los propios usuarios.

Para finalizar, prevención, detección e intervención precoz en mujeres que sufren violencia de género o están en riesgo de sufrirla. Nosotros, que trabajamos en Salud Mental, tenemos una población altamente vulnerable en esta área. Los trabajos estarán relacionados en detección precoz en mujeres que están en tratamiento o acuden por primera vez al centro de salud mental, tanto en edad infanto-juvenil como en la edad adulta, y dice que se utilizarán cuestionarios de *screening*.

Aquí sí que se precisaría coordinación y colaboración con la Atención Primaria, con recursos específicos de justicia, seguridad, Servicios Sociales, organismos de igualdad. Nosotros tenemos un contacto estrecho con el EAIV.

Estas serían las líneas, centradas en lo que sería la prevención y la promoción. Podríamos haber elaborado muchas más líneas, pero si somos capaces de ir desarrollando, además, con grupos de trabajo que ya están organizados con estructuras que ya están funcionando, la idea sería ir enganchado y comunicándonos con ellos.

Segunda línea, participación en estrategias conjuntas para impulsar el tejido social. Nos parece un elemento fundamental, cuando hablamos de que la salud mental es una cuestión de todos. La cuestión sería promover la elaboración de un censo organizado de iniciativa social que actúa en Navarra. De acción voluntaria de la sociedad civil, privadas, de carácter no lucrativo y participativas.

Difusión de la información a todos los recursos asistenciales, sobre todo de Atención Primaria, Salud Mental, servicios sociales de base y derechos sociales. Luego, diseñar estrategias destinadas a fomentar la colaboración entre los recursos asistenciales de salud mental y las organizaciones de iniciativa social. Nosotros, desde luego, vamos a intentar mantener contactos,

mantener reuniones periódicas y coordinarnos. También escuchar un poco las demandas y las necesidades.

Tercera línea, sería la revisión y la reorganización de los programas asistenciales transversales. Cuando llamamos transversales, porque está relacionada con la continuidad de cuidados. El primero sería la de potenciar una atención integral, que garantice la continuidad de cuidados en toda la red sociosanitaria de personas con enfermedad mental grave. Es una de las áreas prioritarias. Para ello, pues hay un montón de líneas de acción, que todas a la vez, obviamente, no nos vamos a poder implementar. Ya hay algunas áreas ya que están diseñadas y que están en proceso de inicio de implementación.

Vamos a ir enumerando. Promover las intervenciones multidisciplinares con registro en ficha de plan de tratamiento individualizado. La importancia es que poco a poco tenemos que ir definiendo los planes multidisciplinares, pero eso tiene que aparecer en algún sitio, la historia clínica, y además tiene que ser la guía para que los diferentes recursos asistenciales que están interviniendo sean conscientes del trabajo que se está haciendo con la persona.

Implementación del protocolo de intervención, planificación de decisiones anticipadas, que es un instrumento de trabajo, que ahora vamos a entrar en proceso de formación, un instrumento de trabajo de colaboración con el paciente, con el usuario, y además de participación del usuario en el propio tratamiento.

Implementación de protocolos de intervención en caso de abandono de pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave. Es cierto que, en muchas ocasiones, y por diferentes circunstancias, incluso a veces por descompensaciones, nuestros pacientes dejan de acudir a los recursos. Ahí para nosotros es importante desarrollar una estrategia para lograr la adherencia, porque si no, esto es consecuencia de situaciones de urgencia y situaciones negativas para el propio paciente.

También, otro objetivo fundamental sería el implementar circuitos de intervención en usuarios en situaciones de crisis y de urgencia en los centros de salud mental. Vamos a preparar los centros de salud mental, incluso, vamos a reorganizar las agendas para dar respuestas rápidas y eficientes en situaciones de crisis y de urgencia en pacientes con trastorno mental grave.

Cuando hablamos de trastorno mental grave, no hacemos una decisión restrictiva, sino que estamos hablando de trastornos de patología dual, de trastornos adictivos graves, de trastornos de personalidad graves y, obviamente, todo lo que está en el entorno de la psicosis, y los afectivos graves también.

Se deben de promover intervenciones en domicilio, que sería otro, acercarnos a los usuarios. Implementar modelos de coordinación y continuidad de cuidados con usuarios en recursos de hospitalización. Es decir, lo que nos vamos a plantear es que cuando una persona necesita estar ingresada en algunos recursos, vamos a facilitar procesos de comunicación entre los profesionales que están interviniendo, e incluso hemos llegado a pensar si utilizando las nuevas tecnologías, incluso, que puedan estar presentes los propios usuarios, fomentando incluso la visita de los facultativos referentes a los recursos asistenciales de internalización.



Hay que promover la figura del acompañante en los procesos de ingreso, la posibilidad de ver si podemos conseguir que las personas que vayan a ingresar tengan personas de confianza, personas que sean referentes. Esto facilitaría todos los procesos de ingreso, incluso todos los procesos de regulación emocional. También está proyectar o hacer proyecto en relación con lo que es el concepto de apoyo mutuo, lo que también se llama del paciente experto. Personas con enfermedad mental, con formación, con un papel de asesorar, apoyar y dirigir a personas con enfermedad mental y que están en estados o en situaciones de vulnerabilidad.

Tenemos que desarrollar estrategias de prevención de recaídas, otro elemento importante, de usuarios muy vulnerables, incluso con seguimientos intensivos por parte de enfermería, modelos de gestión de casos, e incluso registros, registros de pacientes en riesgo.

Está también el proyecto de elaborar procedimientos de intervención asertivo comunitarios. Significa acercarnos a la comunidad para personas que tienen dificultades para el acceso a los recursos asistenciales. Esto en proyecto, de hecho, ya se hizo un proyecto, en el cual participé hace unos diez años, aquello se quedó en el cajón, y otra vez estamos planteando retomar esto.

Esta también todo lo que está relacionado con la humanización en la salud mental, tanto en el contacto con las personas, en los espacios, ir desarrollando medidas, tanto acciones, medidas directas e indirectas destinadas a reducir o a evitar las contenciones mecánicas, las medidas coercitivas, etcétera.

Otra línea estratégica dentro de los procesos asistenciales sería la intervención con personas que definimos con trastornos mentales comunes. Estos nombres, realmente, tanto en el trastorno mental grave como el trastorno mental común, son nombres que a mí no me gustan, pero que son nombres que se utilizan y que se ha producido ya una jerga y los estamos utilizando. No creo que haya trastornos mentales comunes. Digamos que podría haber, pues de mayor o menor impacto, hablaríamos de menor impacto.

En este caso, importante la colaboración con Atención Primaria para definir criterios de derivación y protocolos de intervención. Se está trabajando ahora en un grupo de trabajo a este nivel. Definir y consensuar en centro de salud mental, criterios de intervención, de resolución rápida en primeras consultas. Hay protocolos específicos de intervención, fomentar la formación y el desarrollo de este tipo de intervenciones.

Hay que implementar además en Salud Mental, intervenciones protocolizadas y estructuradas en este tipo, en muchos en tipo grupal, pero también a nivel individual. Esto nos va a suponer también organización de las agendas. Sobre todo, fomentar todo lo que se hizo en las intervenciones de formato grupal.

Otra área que la tenemos ahí, estamos muy implicados y dándole muchas vueltas y pensando mucho, es el de los trastornos adictivos y la patología dual. Ahora estamos en un proceso de definir los procedimientos asistenciales y la cartera de servicios de todos los recursos propios y concertados de la red de salud mental. Hay un grupo de trabajo que está pensando en cómo organizar y cómo reorganizar en todos los servicios.

Importante también, y que nos puede ayudar a esto, definir los perfiles de personas con trastornos adictivos para ir adecuando y organizando los planes de intervención a las

necesidades detectadas. Está claro que hay que promover la intervención a las adicciones conductuales. Necesitamos, obviamente, la colaboración con la Atención Primaria y promover la evaluación de necesidades y recursos que faciliten la recuperación para este perfil de personas, que en este momento no hay nada estructurado.

Otra área importante que lo encuadraríamos dentro de lo que son los trastornos mentales graves, son los trastornos de personalidad graves. Ahí tenemos, hay un programa asistencial que se elaboró hace unos años, ya no recuerdo, que también yo participé en él, y pensamos que eso puede ser un elemento importante. A partir de ahí habría que ir valorando en cada uno de los dispositivos, cómo se podría ir implementando este protocolo. Lo que supondría, obviamente, reorganizar los servicios, que luego hablaremos, y supondría actualizar estos procedimientos. Obviamente, importante la continuidad de cuidados.

La Atención Infanto-juvenil, otra área a mejorar. Hace unos días mantuve contacto con la directora de Atención Infanto-juvenil, y sí que tenía claro cuáles iban a ser, cómo se iba a organizar, y el objetivo sería desarrollar la estructura organizativa del centro infanto-juvenil, con proyectos de unificar el centro ambulatorio con el hospital de día.

Importante seguir colaborando con las redes comunitarias que existen de atención al menor, que en muchas comunidades de Navarra ya los hay. Igual, también habría que potenciar más esto. Se planteaba también el potenciar la psicoterapia en formato grupal con una forma de intervención. Establecer contactos de colaboración CSM de enfermería y de pediatría. También con Trabajo Social, que, en la actualidad, trabajo social de Atención Primaria interviene con menores y son los referentes con los orientadores escolares. Luego, facilitar la accesibilidad a todas aquellas personas que viven en algo, que están dispersas o están en zonas alejadas de los recursos asistenciales.

Por último, en último lugar, estaríamos hablando de la atención de las personas con trastornos de la conducta alimentaria, que ahí habría que hacer una revisión. Hay una trayectoria histórica. En estos momentos, tenemos que revisar cómo están funcionando los diferentes recursos para reorganizar el plan de intervención.

El otro objetivo sería la revisión de los planes funcionales y las carteras de servicios de todos los dispositivos de la Red de Salud Mental. Reuniones con directores de cada uno de los recursos asistenciales, valorar los planes funcionales y acordar mejoras que se plasmarán en los pactos objetivos anuales que se realizan. Aquí esbozaremos un poco una revisión rápida de los diferentes recursos. Recursos ambulatorios, los centros de salud mental, obviamente, importante, es donde debe pivotar toda la intervención. Habrá que actualizar las agendas por programas asistenciales. Habrá que desarrollar procesos, organización por procesos. Habrá que desarrollar estructuras organizativas de gestión y asistenciales, desarrollar evaluaciones estandarizadas, promover estrategias para facilitar la accesibilidad y promover la continuidad de cuidados.

En Infanto-juvenil, ya lo hemos comentado antes, y está el proyecto de construcción de un nuevo edificio, que habrá que ver qué posibilidades hay, pero ya el proyecto está hecho y habría que ver cómo lo podemos, de alguna manera, llevar a cabo. En este proyecto lo que se conseguiría

sería concentrar físicamente lo que es el hospital de día infanto-juvenil y el centro sanitario infanto-juvenil, que esto facilitaría todo el proceso de continuidad de cuidados asistenciales.

Luego tenemos el PEP, Primeros Episodios Psicóticos, estratégico. Además, es un modelo de intervención comunitaria con procedimientos estructurados. Aquí el trabajo que deberíamos desarrollar sería definir procedimientos efectivos de derivación y de seguimiento, una vez que se ha finalizado la intervención en el PEP a llevar a cabo en los centros de salud mental.

Luego tendríamos los recursos de hospitalización parcial, los hospitales de día. Tenemos muchos hospitales, varios hospitales de día, tenemos dos generalistas en Pamplona. Estamos en proceso de evaluación y de reorganización. Básicamente, el objetivo sería crear programa intensivo de subagudos, en principio, bien estructurado, con el objetivo de ingresos en hospitalización de agudos y como transición a los centros de salud mental, y luego intervención por programas asistenciales de alta intensidad de tratamiento. Lo que estábamos hablando antes. Trastornos de la conducta alimentaria graves, trastornos de personalidad graves, patología dual grave. Es decir, elaborar recorridos asistenciales.

Tendríamos un hospital de día generalistas en Tudela, que estamos pendientes de revisión y de valorar. Tendríamos el hospital de día infanto-juvenil, y luego está el hospital de día de adicciones, que, como hemos hablado antes, el tema de las adicciones hay que valorar, hay que darle muchas vueltas. Hemos estado ya con ellos, y aquí habría que revisar el modelo organizativo, el modelo asistencial, valorar el número de plazas, valorar la infraestructura.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Disculpe, tiene que ir acabando.

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD MENTAL (Sr. Arrizabalaga Etxegoena): Hay que definir el modelo de hospital de día, integrado en el programa asistencial de adicciones, que está en estudio en la actualidad. Tendríamos el hospital de día psicogeriatrico, en valoración, funcionando bien, y que vamos a valorar, obviamente, con los planes por objetivos. Tendríamos los recursos hospitalarios, los de corta estancia, que son dos, más el infanto-juvenil, tres. El objetivo aquí sería desarrollar mejoras en las áreas relacionadas con la humanización. Gestión de contenciones, inicio de procesos de apertura y acompañamiento de pacientes, con la continuidad de cuidados, sobre todo, con la coordinación con hospitales de día y con los recursos del centro de salud mental y con los programas asistenciales transversales que hemos comentado antes, sobre todo los graves. Luego, la media y larga estancia, pues un poco en la misma línea.

Luego tendríamos los recursos residenciales, las plazas RAEM, que este año, el año 2020, hicimos una revisión de los pacientes que estaban en plazas RAEM. Y, se va a mantener el compromiso de seguir haciendo las revisiones. Se utilizaron una serie indicadores, como fueron el tipo de institución, adaptación al recurso, estabilidad psicopatológica, autonomía ocupacional y en salidas, red de apoyo, expectativas del paciente, valoración del recurso en el que esté integrado.

Y, obviamente, también con vistas a ver qué número de usuarios podían empezar a salir ya de estas plazas RAEM, a la comunidad, a pisos tutelados, etcétera. En este primer estudio de este año, se planteó la posibilidad de que cuarenta y seis personas pudieran salir. Luego están otros

recursos asistenciales, que son las comunidades terapéuticas, que también ahí habrá que hacer una revisión, habrá que hacer una estrategia de cómo lo incluimos dentro del Plan de adicciones.

Voy a intentar ser breve. Otro, la quinta sería la coordinación y colaboración con la Atención Primaria. Esto es prioritario para nosotros. Sería importante trabajar en los grupos de trabajo, los espacios de colaboración, consensos. Definir criterios de derivación, participar en intervenciones en red. Colaboración para la atención de la población dispersa con dificultades de acceso a los centros de salud mental. Tenemos mucha población dispersa, cuando hablamos de intervenciones en domicilio, en muchas ocasiones, y nuestra experiencia además nos dice que, Atención Primaria da respuestas muy eficaces en situaciones de urgencia. Entonces, trabaja de esa coordinación. Coordina intervenciones a domicilio e intervención con personas en situaciones de exclusión.

Mejorar la comunicación con Atención Primaria. Reuniones periódicas. Nos parece interesante reuniones periódicas con directores de ambos recursos, por sectores, con el fin de gestionar espacios de colaboración, consensuar procedimientos, resolución de problemas, transmisión de información relevante relacionadas con la gestión, organización de docencia. Esto es un proyecto que estamos planteando y que se podría utilizar mediante videoconferencia, contactos breves.

Promover interconsultas no presenciales a nivel de facultativos, lo mismo a nivel de enfermería, que sí puede ser a nivel bidireccional, pero también complicado, porque las aplicaciones informáticas tienen sus complejidades. En este caso, enfermería, sobre todo, con los planes de cuidados, área importante en trastorno mental grave, trabajar apoyo mutuo y también en colaboración con personas con problemas de trastornos no intensos, y establecimiento de actuaciones para resolver situaciones de urgencia.

También se va a implantar ya el PsicAP de una forma generalizada, el PsicAP, que son intervenciones psicoterapéuticas que yo las defino como prevenciones, intervenciones preventivas indicadas en Atención Primaria. Personas que, sin tener ya una patología ansiosa ni depresiva, tienen una sintomatología, y para evitar situaciones de cronificación, intervenciones breves focalizadas en desarrollar estrategias de afrontamiento, y que, en este caso, y, en principio, mientras veamos cuál es la estrategia de Atención Primaria, lo vamos a gestionar desde Salud Mental.

También estaría la otra área, importante, que habría que ver, que es compartir formación con Atención Primaria. Colaboración con el Instituto de Salud Pública de Navarra para todo lo que sería prevención, promoción, erradicación del estigma. Colaboración con el Departamento de Derechos Sociales, para nosotros también otra línea estratégica, promover líneas de acción en común en lo relacionado con promoción e implementación de recursos de recuperación, ocupacionales, residenciales y de empleo, y el empleo. Para nosotros es muy importante seguir promoviendo proyectos de intervención en red, no solamente en menor, sino en otras áreas, mujer, etcétera.

Hay que promover líneas de acción con el Departamento de Educación, detección precoz, espacios de colaboración y participación en planes. Luego, promover la coordinación con

Justicia, en relación con ingresos involuntarios, incapacitaciones, cumplimiento de penas y medidas cautelares.

Docencia, formación continuada e investigación. Aquí intentaríamos, tanto la docencia como la formación continuada, intentaremos integrar docencia relacionada con aspectos que hemos venido tratando, humanización, erradicación del estigma y modelos de intervención comunitaria. Temas como la bioética, intervenciones acordadas, trato respetuoso hacia los usuarios, intervenciones en domicilio en comunidad, estrategias de desescalada y gestión emocional y conductual en situaciones de crisis, etcétera.

Un tema importante también que queremos abordar, sería el seguimiento de la implementación. Lo que estamos viendo es que muchas veces no redundan, no revierten los planes de formación, y la formación no revierte en la actividad diaria. Entonces, tratar de que en el diseño de una acción formativa se expliciten las estrategias y el seguimiento a la implementación y promover la investigación ya existente. Habría que ir pensando también si podemos reforzar colaboraciones con las universidades, etcétera.

Por último, hay promover políticas de personal destinadas a mejorar la motivación y la implicación de los profesionales. Esto para nosotros es fundamental, porque si no tenemos esto todo se queda en el papel y el papel lo sostiene todo. Creo que este es un trabajo importante que desarrollar.

Hay que reforzar estilos de liderazgo proactivos en la gestión eficiente de personas. Tenemos que potenciar reuniones clínicas y multidisciplinarias de equipo en los servicios. Potenciación de reuniones de equipo destinadas al establecimiento de la estrategia, la gestión y la organización de cada uno de los servicios. Hay que potenciar procedimientos de comunicación interna y gestión del desacuerdo en los equipos de trabajo. Se debe de facilitar desde la gerencia gestión de situaciones de conflicto y generadores de discrepancia. Informar sobre la estrategia, informar con argumentos cambios que se producen en procedimientos. Tenemos que incluir a los profesionales en los procesos de cambio y de procedimientos y de objetivos. Hay que crear canales ágiles de comunicación con la dirección. Desarrollo de herramientas para gestionar la sobrecarga emocional. Gracias, y ya siento haberme extendido.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias. Pasamos ahora a la intervención de los diferentes grupos. En primer lugar, tiene la palabra el grupo proponente. Para ello, cuando quiera, señora Fanlo, por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. FANLO MATEO: Muchísimas gracias, señor Arrizabalaga. Desde luego, su exposición ha sido clara, exhausta y nos ha gustado, tenemos que decirle. Ya previo al inicio de la pandemia, la salud mental en Navarra se encontraba con unas debilidades y mejoras que había que abordar. La pandemia las ha puesto de manifiesto, y además las ha exacerbado, tanto en pacientes con problemas de salud mental previos como en la población general, en tanto que las medidas de confinamiento, el aislamiento social, ha aumentado la incidencia de ciertas patologías que no se hubieran dado. Ansiedad, depresión, trastornos obsesivos, etcétera.

El marco lo tenemos claro, y usted también lo ha expuesto aquí, debe ser también ese Tercer Plan de Salud Mental, y los actores también son los agentes de la comunidad, desarrollando

trabajos en Red, Atención Primaria, centros de salud mental y recursos sociosanitarios. Desde el Partido Socialista de Navarra entendemos y, desde luego, compartimos la visión biopsicosocial que usted nos ha dado aquí de la salud mental. Pensamos que debe ir dirigida a la despatologización, desmedicalización y despsiquiatrización de la salud mental, tendiendo a un modelo que vaya hacia la rehabilitación y, desde luego, hacia la recuperación social del individuo.

El paciente de salud mental es el prototipo de paciente que implica una especial vulnerabilidad biológica, psicológica y social, y con una complejidad clínica especial. Y en muchas ocasiones, es el propio paciente el que determina con sus circunstancias la acción razonable, sensata y clemente. Es lo que usted ha nombrado como «contextualizar». Por lo tanto, en definitiva, lo esencial en el manejo de estos pacientes es el manejo sociosanitario, antropológico y, desde luego, humanístico, que usted también lo ha dicho aquí.

También ha hablado de que se debe tender a la integración asistencial, que mira al paciente, buscando el conjunto de cuidados que se le prestan a lo largo de su biopatología, que sean apropiados, que sean armónicos y que sean sensatos. La integración en salud mental debemos verla como una reflexión más amplia de red sanitaria, también lo ha expuesto usted aquí, que abarca desde los confines del domicilio de los pacientes, pasando por sus cuidadores más o menos informales, a los servicios de salud mental, la Atención Primaria y, desde luego, los recursos y los servicios sociosanitarios y sociales.

En cuanto a los ejes primordiales, desde el Partido Socialista queremos —usted los ha expuesto muy bien, de forma muy detallada— queremos recalcar algunos. Para nosotros son fundamentales la búsqueda de nuevos frentes de acción sanitaria intersectorial, a través de promoción de la salud mental, la revisión y reorganización de los programas asistenciales transversales.

Queremos recalcar ese programa que usted ya ha dicho, de trastornos adictivos y patología dual. Queremos recalcar también los programas de mejora de la Atención Infanto-juvenil, y muy imbricado con esto también, que no se ha nombrado, pero seguramente que luego nos podrá hablar de algo, sobre todos los trastornos de la conducta alimentaria.

Es necesario promover un nuevo compromiso de la red asistencial en salud mental, con la prevención clínica de la enfermedad mental y, como usted ya muy bien ha dicho, erradicación del estigma. Hay que salir del modelo reparador y curativo e intentar, desde los propios escenarios clínicos, actuar sobre el paciente y su medio familiar, promoviendo conductas protectoras y adaptativas ante la enfermedad y favoreciendo intervenciones ya en estadios precoces, como usted muy bien ha dicho. De ellas nos ha parecido muy prioritario, también volvemos a esa detección precoz de trastornos mentales, sobre todo, en el área de Salud Mental, en el área Infanto-juvenil.

Nos ha parecido muy importante que se siga y que se apueste por promover la prevención de las conductas suicidas. Ya ha explicado muy bien que se va a incentivar y a potenciar ese código de suicidio y ese registro y seguimiento de aquellos pacientes en tentativas de suicidio. También, una intervención que nos parece muy importante en el ámbito precoz, es sobre todo aquellas,

y, por desgracia, lo tenemos que nombrar aquí, como ya ha pasado recientemente, en el caso de la violencia de género y en el riesgo de sufrirla.

Nos ha parecido fundamental, también que haya incorporado la patología postcovid, porque es un problema que nos ha traído esta pandemia. Entre sus líneas de actuación, también lo ha dejado muy claro, que es necesario abordar esta patología postcovid. Una patología emergente que ya puede estar derivada de las propias medidas de restricción y aislamiento social, que han sido necesarias para atajar a esta pandemia. Pero también, hasta cierto punto, provocada incluso en algunos pacientes, como secuelas de la propia infección del virus SARS-CoV-2, y que ahora mismo también lo están viendo los compañeros de Atención Primaria. Nos parece muy importante esta incorporación de esta línea de la patología postcovid.

Estructurar la salud mental de acuerdo con una racionalidad poblacional, que también lo ha dicho, evitando solapamientos de redes, servicios, regionalizando y sectorizando los recursos, implantando mecanismos, sobre todo de coordinación y de sinergia de todos los dispositivos de la red de salud mental.

En el caso de la hospitalización psiquiátrica, entendemos que el camino es claro, y usted lo ha dicho aquí también. Hay que huir del hospitalocentrismo, hay que avanzar a nuevos modelos de atención comunitaria, que cuestionan el modelo custodial y minimizan la necesidad de camas en unidades de larga estancia.

Nos ha parecido muy interesante ese acompañamiento a las familias, en el caso de los ingresos, que puede y, desde luego, estamos totalmente de acuerdo, que puede acelerar la recuperación de esas personas, y se deben potenciar las unidades de corta estancia y, desde luego, los recursos residenciales, las plazas RAEM. Estamos totalmente de acuerdo. Plazas en centros como Padre Menni, Benito Menni, y residenciales, como la residencia San Francisco Javier.

Entendemos, desde el Partido Socialista, y usted también lo ha dejado claro, que la salud mental es el paradigma de la atención sociosanitaria. Es prioritaria una coordinación transversal con el Departamento de Derechos Sociales. Nos parecen fundamentales todos los recursos destinados a la rehabilitación comunitaria, en el caso de las personas con trastornos mentales graves, vamos a decirlo así, aunque esa acepción no es la más adecuada, ya nos lo ha explicado usted. Sobre todo, también nos ha parecido muy importante ese campo transversal con el Departamento de Educación, sobre todo, muy imbricado con el área de Salud Mental, con la Salud Mental Infanto-juvenil.

¿Qué le vamos a decir de potenciar la Atención Primaria con coordinación y colaboración? Totalmente de acuerdo. Hay que rescatar el enfoque patobiográfico del individuo. Eso hay que hacerlo a nivel de Atención Primaria. La Atención Primaria puede jugar un papel fundamental en el apoyo y el desarrollo de las estrategias de prevención de trastornos de salud mental, liderando espacios de colaboración multidisciplinar, de Atención Primaria, pediatría, salud mental y, lógicamente, servicios sociales.

Nos ha parecido muy interesante la implantación del PsicAP, porque esas intervenciones psicoterapéuticas breves constituyen un gran grosor, perdón, a veces de los pacientes que se

están atendiendo en las agendas de los médicos de Atención Primaria. Me parece muy oportuna esta implantación del PsicAP.

¿Qué le vamos a decir? Pues potenciar la docencia, la formación continua y la investigación, totalmente de acuerdo. Es necesario que esa investigación y que esa información continuada recabe también en el sistema. Lógicamente, si no tenemos personal motivado, por muchos planes y muchas estrategias que tengamos, no se van a llevar a cabo, y eso lo sabemos perfectamente la Consejera, usted y yo, que hemos trabajado en primera línea y sabemos que, si no está el personal motivado, por muchos planes y muchas estrategias, no se pueden llevar a cabo.

Finalizo dándole la enhorabuena, señor Arrizabalaga, por estar hoy aquí en el Parlamento de Navarra, la casa de todos los navarros y navarras, explicando, anunciando las líneas de actuación en el campo de salud mental. Líneas que nos han gustado y líneas que, desde aquí, ya le digo que estamos compartiendo y que compartiremos.

Desde el Partido Socialista entendemos que los retos no son pequeños, pero que el camino que hay que seguir y las líneas de actuación están claras, usted las ha dejado muy claras. Desde luego, le animamos a que ponga todo su empeño, que creemos que así lo hará, y esfuerzos en hacer la realidad para mejorar la calidad asistencial en todos los navarros y navarras, en el campo de la Salud Mental. Muchas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Fanlo. A continuación, por parte del grupo Navarra Suma, tiene la palabra su portavoz, la señora Ibarrola, por un espacio máximo, también de diez minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muy buenos días. Bienvenido a esta Cámara por primera vez. Bienvenida, Consejera. Voy a empezar agradeciendo sus explicaciones. Sinceramente, me hubiera gustado que con la extensión de lo que ha contado, hubiéramos podido disponer de esta documentación un poco antes para poderla valorar. Entiendo que nos la ha facilitado, pero creo que hubiera sido bastante más productiva, de cara a las intervenciones que vamos a tener todos los grupos.

Tuvimos una muy reciente comparecencia de la Consejera de Salud y del Director General de Salud. En principio, bastante parecida, porque lo que pedíamos era qué cambios estratégicos había en Salud Mental para producir los cambios en la organización. Yo ya dije que no quería hablar de personas, quería hablar de proyecto. En mi opinión, esa comparecencia fue francamente decepcionante, porque no conseguimos visualizar —estoy diciendo la anterior— no conseguimos visualizar, sinceramente, ningún cambio. Pero insiste en que agradezco las explicaciones que nos ha dado hoy y que me han parecido exhaustivas. Que comparto, yo diría que, en la totalidad. Es decir, creo que todos los grupos estaremos bastante de acuerdo en las líneas, en el concepto. Eso es algo muy positivo. Lo difícil y lo complicado suele ser el cómo. Claro, totalmente de acuerdo en mejorar la accesibilidad, en definir circuitos que resuelvan de manera ágil los problemas de salud mental, relevantes, importantes que tienen muchas personas.



Totalmente de acuerdo en lo que tiene que ver con la continuidad de cuidados, con el trabajo colaborativo, en promocionar y potenciar una atención integral e integrada. Prevención, detección precoz, promover los recursos comunitarios, una visión de atención integrada sociosanitaria, no solamente sanitaria, calidad, participación activa de pacientes y de sus familias, importante en todos los procesos, más, si cabe, en los de Salud Mental. Autonomía, que esto se facilite con desarrollo de los sistemas de información que permitan esa atención integrada que sea posible y más fácil.

Estrategias de humanización. Me ha gustado que haya nombrado temas —aunque luego le digo— algunos que tienen que ver con variables más de resultados. Es decir, valorar el empleo, la normalización de personas con trastornos mentales. Totalmente de acuerdo también en promover la colaboración con Educación, con Derechos Sociales, con Justicia, por supuesto.

He echado de menos un poco, insisto que, por su trayectoria, lo dije el otro día, siempre hemos valorado muy positivamente como calidad y con objetivos claros de evaluación de resultados, la calidad que se había prestado desde el centro de salud mental de Argibide. Entonces, he echado de menos, quizás, hablar más de evaluación dentro de sus líneas estratégicas. Para mí es absolutamente crucial, porque estamos hablando de reorganización de intervenciones y evaluar es absolutamente imprescindible.

Como digo, todos vamos a compartir prácticamente esto. La última línea que ha dicho, efectivamente, la motivación de los profesionales para hacer todo esto de otra manera, es en lo que llevamos luchando mucho tiempo.

Pero sabemos perfectamente que, en este momento, precisamente, la desmotivación es muy grande, la saturación y el cansancio son muy grandes, y esto va a requerir de mucha labor para hacerla factible, y de muchos recursos, que en estos momentos no permiten que tengan una actividad sin saturación, y que, además, sabemos que va a ir a más. La pandemia, por muchos factores. La soledad, el confinamiento, la falta de seguimiento en trastornos mentales importantes, ha hecho que, efectivamente, los que tenían, las personas con trastorno mental estén peor, y muchas otras personas tengan síntomas psicológicos, emocionales, malestar que necesita de cierto apoyo.

Esto, con las consecuencias sociales, económicas y de desempleo, que van a venir en no mucho tiempo, y que ya tenemos, pero que es previsible también que vayan a más, sin duda, va a precisar de más recursos de la parte de salud mental para, como sistema sanitario, dar una respuesta adecuada a todas estas necesidades.

Habrà que trabajar disponiendo recursos para ello y, por supuesto, motivando a los profesionales esa parte de liderazgo, autogestión organizativa, comunicación, participación, gestión del cambio, trabajar la gestión del cambio. Estoy absolutamente de acuerdo.

Me plantearé muchas más preguntas, seguro, cuando valore despacio lo que nos ha pasado, pero algunas que me surgen. Atención domiciliaria. ¿Cómo? ¿Con qué recursos? Me gustaría que fuéramos capaces de concretar si estamos de acuerdo en acercar, totalmente, sí. Pero supongo que es absolutamente conocedor de la falta de recursos humanos en estos momentos y de la dificultad de atraer y retener profesionales. Hay que resolverlo, antes de prometer más

prestaciones, que necesiten más recursos, porque las necesitan. Entiendo que es plenamente consciente.

¿Cómo reforzar el Infanto-juvenil? Porque también lo dije yo el otro día, pero está pasando factura. Están muy saturados, y están en unas infraestructuras, efectivamente, que no son las adecuadas. Estoy de acuerdo en juntar en un recurso nuevo el centro de Salud Mental Infanto-juvenil con el hospital de día. ¿Dónde y cuándo? Entiendo que también lo habrá valorado. Me gustaría que nos pudiera decir en la réplica algún detalle más de lo que ha dicho, de programa intensivo para subagudos, si puede ser.

El número de plazas de adicciones y de comunidades terapéuticas también denunciarnos que se había hecho una reorganización y que habían disminuido y no eran suficientes. Usted lo ha nombrado. Me gustaría saber cómo piensa incrementarlo. Estoy totalmente de acuerdo en la parte de...

Perdón, claro, ha dicho que el marco, efectivamente, es el Plan de Salud Mental, ese plan operativo sí que es el importante, pero con medidas, acciones y cronograma concreto, que más que líneas estratégicas y principios y valores en los que entiendo que todos estamos de acuerdo, será lo importante. Entiendo que cuando lo tengan, será lo importante para nosotros poderlo valorar e incluso aportar, si usted tiene a bien.

De todos modos, centrándonos en que, efectivamente, potenciar toda la parte comunitaria es absolutamente prioritario, tampoco lo podemos desligar ni minimizar que la parte hospitalaria o la parte de recursos intermedios son necesidades en el tránsito de muchas personas con trastorno mental que, en ocasiones, son absolutamente necesarias.

Entonces, no por dedicar mucho a la parte comunitaria, que sí, en el marco comunitario, cuando hablaba la señora Fanlo, ha dicho: «Están todos los agentes». Hombre, están todos los agentes y no ha nombrado a ninguno de esa parte, pues es una parte importante. Es decir: la comunidad, el paciente, la familia, Atención Primaria, los recursos comunitarios, los centros de salud mental; sí, pero también toda esa otra parte. Quizás no nos contestaron en la anterior comparecencia, y sí que me gustaría que nos pudiera dar su opinión.

Las unidades de media y larga estancia en el San Francisco Javier vienen desde hace mucho tiempo del Plan director. Lo conoce también seguramente. Fue algo que se promovió desde hace muchos años y que ha tenido muchos años de recorrido, de trabajo que se empezó y que se ha continuado con diferentes Gobiernos, con tres Gobiernos de diferente color. Que, en principio, parecía que todos estábamos de acuerdo, pero que no sé si lo llegan a compartir, si hay algo que no les encaja o no les parece adecuado, y si esto o este desacuerdo ha sido quizás uno de los factores que ha motivado el cambio de estructura y de estrategia.

Me gustaría que me diera su opinión al respecto, ¿qué es lo que piensa de la unidad de media y larga estancia a futuro y de las prestaciones que se van a dar desde el San Francisco Javier? Si puede decirnos algo de esto.

Las inversiones en el presupuesto, lo dije también el otro día, y creo que son insuficientes para la parte de Salud Mental.

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

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Sí. Ya hemos comentado, y además creo que compartimos todos, que las necesidades van a ser cada vez a más. El presupuesto dedicado a Salud Mental es exactamente el mismo que el consolidado del 2020. Quedan fuera todas las infraestructuras de la nueva unidad de psiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra, absolutamente imprescindibles. Sí, ya sé que no me puede contestar, pero entiendo que tendrá que presionar a la Consejera que tiene al lado y hacer algo, porque en el 2021, de momento, no han entrado. Lo mismo que el Infanto-juvenil.

Voy terminando, hay muchos proyectos, que no me va a dar tiempo, que en el Plan de Salud Mental ya estaban, tenían que estar acabados, o casi, y que también vemos que no es así. Todo lo que tiene que ver con el Plan de Promoción y Prevención, si tiene o no presupuesto, el Plan de Atención al Suicidio, que también tenía que haber estado terminado, bueno, me gustaría que nos comentara cómo están.

Todas las acciones para atraer y retener profesionales, nosotros hemos puesto varias enmiendas, suprimir la exclusividad, no sé qué es lo que piensa, o todo lo que tiene que ver con mejorar las condiciones salariales. Todas fueron rechazadas. Me gustaría saber su opinión.

Por último, lista de espera, tampoco la hemos nombrado. Habitualmente, Salud Mental no tenía lista de espera. No tenía ese problema. Pero mire, yo he mirado los datos entre diciembre de 2019 y diciembre de 2020, ha aumentado un 34 por ciento, de 35 a 47 días. En algunos, muy preocupante, Buztintxuri un 64 por ciento, de 33 a 54; Milagrosa, un 35, de 34 a 46, y el Infanto-juvenil, un 57 por ciento, de 42 a 76 días.

Pero, sobre todo, hablando con los profesionales, y estoy segura de que ha hablado, tienen una inquietud que nos trasladan, del empeoramiento de lista de espera intracentros entre profesionales del equipo. Es decir, no es nada la primera consulta, que está tardando más que antes, nunca había sido un problema, para lo que está tardando las consultas, no de valoración, sino las consultas terapéuticas y de seguimiento. Me gustaría saber qué planteamiento tiene al respecto. Nada más. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. Continuamos con la portavoz del Grupo Parlamentario Geroa Bai, la señora Ansa. Tiene la palabra por un espacio máximo de diez minutos.

SRA. ANSA ASCUNCE: Eguerdi on, señorías. Gracias, Presidenta. Bienvenido, señor Gerente, nuevo señor Gerente de Salud Mental, bienvenido, señor Arrizabalaga. Bienvenida, Consejera. Muchas gracias por la información, realmente, ha sido exhaustiva y concreta, y nos ha ayudado, a mí, en concreto, me ha ayudado mucho a concretar mucho del programa que ya estaba diseñado en el Tercer Plan de Salud Mental. Con lo cual, muchas gracias.

Realmente, la OMS ya señalaba que las alteraciones de salud mental como uno de los problemas emergentes que van a alcanzar una actitud pandémica en el siglo XXI. La importancia de la salud mental en nuestras vidas es de una enorme trascendencia.

En principio, por el elevado número de personas que en un momento u otro de su vida pueden sufrir algún trastorno. La OMS cifraba que pueden llegar hasta un 9 por ciento en un momento concreto. Si ya lo hacemos extensivo al arco vital, esto se añade, se agranda muchísimo más.

En España, entre un 2,5 y un 3 por ciento de la población adulta tiene un trastorno mental grave, utilizando la terminología que no le gusta al señor Arrizabalaga, pero también es la única que tenía disponible. Esto supone más de un millón de personas. Si incluimos al resto de problemas de salud mental, este porcentaje va al 9 por ciento, y si lo alargamos al arco de la vida, llega a un 15 por ciento.

Es decir, si tomamos la salud mental como uno de los elementos clave para afrontar los retos de la vida, y es un indicador muy potente e importante de bienestar de las personas, tanto de las personas afectadas como de los entornos familiares, estamos ante un problema de magnitudes enormes.

La pandemia ha sido especialmente dura con las personas que tienen una salud mental precaria, y peor aún ha sido con las personas que tienen una patología mental grave. Hemos escuchado a familiares y a pacientes cómo se han agravado sus problemas y el sufrimiento, tanto en ellas mismas como en sus entornos. Eso también ha sido elemento de reflexión de esta Comisión.

Indudablemente, la importancia de la salud mental en nuestra sociedad tiene una trascendencia tremenda. Nos ha dado una buena explicación de cuáles son los elementos y los ejes por los que, en este momento, desde su dirección, en la gerencia, van a empezar a trabajar. Prácticamente, la salud mental ha ido evolucionando desde unos modelos de atención, en los cuales, bueno, trasladábamos a un sistema cerrado, a un manicomio a las personas, y allí se eternizaban. Algunas podían salir, otras no, otras vivían el resto de sus días.

Este modelo, felizmente, ha cambiado. En este momento, sí que tratamos de tener los recursos hospitalarios y los recursos de ingreso y los recursos asistenciales más ligados a la patología, disponibles, pero procuramos que estos recursos sean utilizados de la forma más puntual posible y poder volver al entorno comunitario. Esto es loable.

Yo comparto con la señora Ibarrola que estos servicios asistenciales tienen que mantenerse, porque además de que estas personas necesitan tratamiento, acompañamiento, es uno de los elementos importantes para evitar la estigmatización. Es decir, saber que uno va al hospital, como va a que lo operen de apendicitis y luego sale. Saber que va a un recurso intermedio por una temporada más o menos larga, porque necesita apoyo, pero luego vuelve a la comunidad. Vuelve a la comunidad en las mejores condiciones y a participar en su entorno.

Esto nos parece fundamental que, evidentemente, hay que potenciar todo el Plan comunitario, pero sin descuidar esta otra parte. Nosotros estamos, Geroa Bai está absolutamente comprometida, y lo estuvo en el diseño del Tercer Plan de Salud Mental. Compartimos la filosofía, el marco teórico, los valores que nos ha contado, señor Arrizabalaga, todos los valores. Realmente, yo creo que ahí esta Cámara está de acuerdo con esto.

Algunos elementos que siguen siendo claves y fundamentales para nosotros, el tema de los equipos multidisciplinares. Evidente, hay que potenciar todo lo más posible estos equipos,

porque realmente la salud mental debe tener una mirada muchísimo más global que lo que en ciertos momentos se la damos.

Compartimos también que el modelo de atención tiene que reforzar determinadas cosas que fueron un hito en la legislatura pasada, como es la detección y el programa de primeros episodios psicóticos, que habría que hacerlo extensivo al resto de la comunidad. Realmente, esto también contribuye seriamente a disminuir la estigmatización que, por otro lado, es algo que nos preocupa realmente a todos.

Indudablemente, el plan de hospitalización tiene que ser más flexible. Poner a la persona en el centro y trabajar desde ahí en lo que necesita. Por lo tanto, probablemente haya que reforzar todos los elementos, que decía muy bien la señora Ibarrola, de los plazos intermedios y todo lo sociosanitario. Todos los recursos sociosanitarios implementar y desarrollarlos con bastante más intensidad.

Nada que decir con el modelo comunitario. Yo estoy absolutamente de acuerdo con el planteamiento que ha hecho, con la distribución de acciones y tareas que se van a ir haciendo, y con algo que, a nuestro juicio es fundamental, que es la coordinación. Ha ido nombrando, ha nombrado a Derechos Sociales, ha nombrado a Justicia, ha nombrado a Salud Pública, ha nombrado a Educación. Ha ido nombrando a un montón más de departamentos, de grupos que tienen que estar comprometidos en el desarrollo social. Porque nosotros también nos hacemos la misma pregunta que se ha hecho la señora Ibarrola. ¿Tenemos recursos humanos suficientes para abordar todo esto? Si no los tenemos, deberíamos tenerlos, y ahí realmente tenemos que hacer una apuesta muy decidida e importante.

Yo entiendo que una parte de la coordinación va a poner en marcha procesos sinérgicos y va a hacer que la necesidad de determinados profesionales disminuya. Es decir, utilizar los recursos que ya están, que ya están en otros departamentos o los que hemos nombrado, puede ayudarnos seriamente. Pero, ciertamente, hacer un programa comunitario requiere mucha coordinación y muchos recursos humanos. Esto es algo que realmente nos preocupa a nuestro grupo.

Importante, fundamental, Atención Primaria y los centros de salud mental, porque en ellos son donde realmente llegan los primeros casos, donde realmente se empieza a atender. La Atención Primaria, todos sabemos que una parte sustancial de su trabajo tiene que ver con problemas de salud mental no tan graves, pero problemas de salud mental, bueno, pues todos sabemos, trastornos del sueño, trastornos ansioso-depresivos, malestares del vivir. Todas esas cosas aterrizan en Atención Primaria. En muchísimos casos se resuelven ahí, pero si no, deben tener ese acompañamiento. Me parece muy interesante la figura de la cita. Me parecen novedosa y me parece útil y, probablemente, sea un trabajo intermedio entre eso y que en un futuro no muy lejano podamos contar de la figura de un psicólogo o psicóloga en los centros de Atención Primaria. Pero, como arranque para empezar a hacer una colaboración, me parece interesante.

Los centros de salud mental realmente tienen que potenciarse muchísimo más, y deben tener una coordinación, no solamente con la Atención Primaria, con Educación, con la universidad, con todos los sitios donde la gente vive, porque en todos esos sitios se van a ir produciendo este tipo de situaciones que necesitan ser atendidas.

Yo creo que los profesionales tienen que estar motivados, y creo que mucha parte de la motivación viene dada por las posibilidades de desarrollo profesional. Si se plantea desde el departamento una interesante labor profesional, gran parte de esa motivación va a venir dada, porque estamos colaborando en un proyecto que realmente es constructivo para la sociedad. Es un proyecto positivo. Este, sinceramente, creo que lo es.

Me ha agradado también el tema de la mirada de género, y yo lo haría mucho más extensivo, no solamente a determinadas patologías, sino que es clásico saber que muchas más mujeres que hombres, salvo en las patologías ligadas a consumos y ligadas al juego o a alguna de este tipo, la mayor parte de las personas que demandan atención psicológica son mujeres. Esto tiene mucho que ver, no solamente tiene mucho que ver con.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Señora Ansa, tiene que ir acabando.

SRA. ANSA ASCUNCE: Perfecto, ya termino. Esto me parece importante. Simplemente para terminar. Creo, sinceramente, que tenemos que hacer mucha más, no solamente prevención, mucha más promoción de la salud en todos los aspectos, en todos los sitios. Parafraseando, la salud en todas las políticas, la salud mental en todas las políticas. No hemos hablado aquí del problema de la salud mental en los lugares de trabajo, que es otro de los sitios donde se producen muchos problemas y mucha patología. Realmente, habría que hacer también ahí una mirada mucho más importante.

Yo sí que les emplazo también a que dentro de un año evaluemos dónde estamos, cuánto hemos hecho de este plan, que a mí me parece realmente bonito. Qué hemos hecho, dónde estamos, dónde nos hemos atascado, qué necesidades tenemos. Les emplazo a dentro de un año. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ansa. Para finalizar la intervención de los diferentes grupos, tiene la palabra, por parte de EH Bildu, el señor González, por un espacio máximo de diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, mahaiburu anderea. Eguerdi on guztioi. Buenos días a todos y a todas. Yo creo que coincidir casi todo o en todo lo que nos ha expuesto como retos a corto y a medio plazo, me parece que son líneas de trabajo que se conocen y que se sabía que eran necesarias implementarlas. El Plan de salud, el Tercer Plan de Salud Mental, de 2019 a 2023, yo creo que fue una herramienta interesante, es una herramienta interesante, porque nos permitió hacer un análisis y unas reflexiones sobre los déficits y los retos que deberíamos de afrontar como Servicio Navarro de Salud, como sociedad, incluso. Nos ha permitido saber dónde estamos fallando y qué debemos de corregir. Lo difícil y lo complicado va a ser el ir implementándolo y acertar con las medidas para llegar hasta esas soluciones, digamos, generales.

Creo que es difícil por dos cuestiones básicas. Por un lado, porque, desgraciadamente, lo que ha sido Salud Mental dentro del Servicio Navarro de Salud ha sufrido, probablemente, se puede decir la niña fea, pero no me parece que sea el ejemplo mejor. Pero ha sufrido, digamos, una falta de recursos más grande que otros apartados de la salud, de la sanidad.

Tenemos centros concertados. Tenemos pagos de servicios vinculados, pagos vinculados a los servicios. Tenemos comunidades terapéuticas que están atendiendo a nuestros pacientes, y lo que no tenemos son recursos propios para hacer lo que nos están haciendo otros agentes, que lo están haciendo bien o excelente. No es cuestión, no lo pongo en duda. Pero creo que no es el papel. Creo que la reflexión que deberíamos de hacernos es, todas esas obligaciones que tenemos con nuestros, con la población a la que atendemos, cómo la atendemos directamente y de la mejor manera, de la mejor forma.

Creo que eso es imprescindible, porque para coordinar los recursos y coordinar los esfuerzos, el que dependa toda la infraestructura del propio Servicio Navarro de Salud, me parece que es básico y, en este caso, de la Gerencia de Salud Mental. Ahí creo que tenemos un camino muy grande que recorrer, y que deberíamos de empezar a dar pasos también para recuperar y para generar esas infraestructuras que no tenemos, o que nos la están prestando otros agentes.

Coincidimos totalmente en que la prevención y la mejora de la atención comunitaria y la coordinación con todos esos recursos de Atención Primaria y de otros departamentos es básica, pero eso necesita recursos. Recursos que, desgraciadamente, con el presupuesto que se aprobó y con las medidas que nos han presentado, no se van a corregir.

Entonces, es algo que a nosotros y a nosotras nos preocupa saber. Además, que tenemos el pleno convencimiento que con inversiones bien dirigidas en Atención Primaria, se ha nombrado la figura de los psicólogos, psicólogas clínicos en Atención Primaria, probablemente, evitaríamos que una parte importante de la presión asistencial que acaba en Salud Mental y que acaban teniendo problemas de salud mental reales, enfermedades ya mentales graves, se podrían corregir y evitar si se actuara desde la primera línea de actuación, que para nosotros es básica y que es clara, que es la Atención Primaria.

Ahí, creemos que, con unos recursos bien dirigidos, tanto de psicología clínica, pero también incluso de trabajo social, por los determinantes sociales y por corregir algunas de las necesidades, y descubrir las necesidades que tienen esas personas afectadas, de estas angustias y de estos malestares, se podría hacer una labor, que yo entiendo que liberaría muchísimos recursos de lo que es salud mental. Eso nos permitiría dedicarlos a unas labores más específicas y más cualificadas que son necesarias.

Creemos también que tenemos recursos de todo lo que son las adicciones, también, que son, a mí me ha tocado por cuestiones familiares, el tener que acudir a otras comunidades autónomas cercanas para poder atender a familiares que están padeciendo adicciones. Porque se está tratando las adicciones todavía como si fuera un problema social, y son problemas sociales, pero son también problemas de salud mental, y que tienen unos tratamientos muy claros de salud mental, y que yo creo que no los estamos sabiendo implementar.

Lo mismo nos pasa con aspectos que mejorarían un poco la satisfacción del profesional que está en Salud Mental. Creemos que todo lo que es la docencia, la investigación, la formación continuada que se está desarrollando desde el departamento, no tiene una ligación ni con la carrera profesional ni con las necesidades que tiene la organización, de cara a formar a sus profesionales para que, digamos, el trabajo sea lo más efectivo y adecuado a esas necesidades. Ahí creo que es evidente que debemos de hacer una reflexión profunda y modificar. Para mí hay

unos elementos dentro de la carrera profesional, que digamos que lo que hace es fomentar la formación y la disponibilidad en el trabajo para mejorar la eficacia de la organización en sí y que está fallando.

Es decir, tenemos una formación que no va dirigida a las necesidades del Servicio Navarro de Salud, pero que tampoco satisface o tienden a satisfacer las necesidades de formación de los profesionales. Ahí hay que incidir, incidir de una forma urgente. Porque ahí se está dedicando muchísimo dinero, que, si lo dirigiésemos de una forma más conveniente, podría conseguir esos dos objetivos. Tener unas plantillas muy bien cualificadas y con una actualización de conocimientos muy buena y, además, dirigida a mejorar la actividad propia de los servicios.

Creemos que, si somos capaces de eso, más otro de los déficits que vemos, en cuanto a lo que sería la sanidad, lo sería salud pública, también por los aspectos de coordinación y de colaboración con ellos, porque también hay algunas áreas de trabajo que creemos que se deberían afrontar también desde Salud Pública y que no recaiga otra vez la responsabilidad en Salud Mental, cuando tiene que atender muchos frentes con muy pocos recursos. Creemos que es otro de los ámbitos donde una inversión bien dirigida podría aliviar muchísimo la presión que se ejerce sobre Salud Mental.

Por lo demás, bueno, hemos visto un poco todas las medidas de una forma rápida, sí que la analizaremos, desde luego, con más detenimiento. Sí que con el tema de hospitalización y de las UHP y toda la renovación o actualización de esas infraestructuras. Creemos que ahí hay un reto importante que debe de cubrirse. Probablemente, los recursos, durante estos años han ido más a esas partes de hospitalización que a lo que es la atención comunitaria. Pero que no podemos olvidar tampoco en esta legislatura. Creemos que las deficiencias son muy claras y que ahí, de una forma progresiva, deberíamos de plantear soluciones también.

Nada más, desde luego, quiero desearle suerte en el cometido. Quiero solicitar que se haga una evaluación de las medidas que se van implementando, porque creemos que es interesante, no solo querer poner en marcha las medidas e intentarlo, sino saber en qué grado se van consiguiendo los objetivos que nos hemos marcado. Ahí es algo que fallamos bastante a la hora de, no solo en salud mental, me refiero a nivel general en salud, a la hora de hacer evaluaciones de los logros y de la implementación de las medidas. Me parece que es una herramienta muy útil que deberíamos de utilizar más a menudo. Nada más, muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor González. Antes de comenzar el turno de réplica del señor Arrizabalaga, pararemos la sesión durante cinco minutos para que se organice en la respuesta y retomaremos posteriormente. Así que suspendemos durante cinco minutos.

(Se suspende de la sesión a las 13 horas y 37 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 13 horas y 43 minutos).

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Reanudamos la sesión. Para ello, le damos la palabra de nuevo al señor Arrizabalaga, para su turno de réplica, por un espacio máximo de diez minutos.



SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD MENTAL (Sr. Arrizabalaga Etxegoena): Muy bien. Muchas gracias por las aportaciones y por las ideas que se han planteado aquí. Son cosas, son cuestiones que las tendremos en cuenta en este proceso que estamos iniciando.

He de responder a varias cuestiones. Una, cuando hemos hablado del covid y del postcovid, sí quería aclarar que hay dos líneas de trabajo en el postcovid. Una línea es en el caso de las personas que tienen secuelas, y que también estamos interviniendo en Salud Mental como asesores, y la otra línea, es la que vamos a empezar ahora, es para la población general, para el malestar de la población general. Era concretar esto.

Otro tema importante es la evaluación, obviamente. Es cierto que, lo he dicho antes, el papel lo soporta todo. Lo que sí que hemos venido aquí a plantear un poco las líneas estratégicas. No he traído los indicadores de evaluación. Obviamente, el procedimiento que nos viene ahora va a ser, vamos a hacer la estrategia por años, vamos a definir las prioridades. Hay muchas acciones y todas a la vez no se pueden hacer, y definiremos los indicadores y trataremos de tener datos lo más objetivos posibles de lo que estamos haciendo.

Respecto al tema de los recursos humanos. Obviamente, es un tema importante. Es muy importante. Lo que sí que nos vamos a plantear, y con la valoración que hemos hecho y con lo que venimos viendo en los últimos años, es que necesitamos reorganizar bien los recursos. Hablamos de consultas de poco valor. Hemos entrado en programas de intervención sin estructurar. Uno de los objetivos que nos vamos a plantear en los centros de salud mental, es definir las líneas de intervención.

Obviamente, los recursos de personas nos vienen bien. Sí es cierto, hay dificultades para fidelizar. En estos momentos, el tema de la lista de espera, que es otro tema que ha salido, hemos tenido serias dificultades, ahí estamos teniendo serias dificultades para tener las plantillas completas. Eso sería una de las explicaciones. Tenemos también todo el impacto del covid.

Sí que es cierto que sobre todo lo que nos está sorprendiendo es el cómo está respondiendo el tema de infanto-juvenil, y no encontramos una explicación a la alta derivación infanto-juvenil. Habría que valorar y tendremos que estudiar el tema.

Bien, el tema de los subagudos. El tema, obviamente, los recursos hospitalarios son absolutamente necesarios, y eso no lo hemos puesto en cuestión en ningún momento, ni la ULE, ni la UME. El tema de las unidades de agudos para mí es un tema estratégico, incluso ya lo hemos hablado. Claro, a mí me sorprendió que no hubiera, en principio, ninguna estrategia concreta. Es un tema prioritario, obviamente, sobre todo, porque si queremos desarrollar estrategias de humanización, necesitamos buenas estructuras. Es un tema que ya estamos hablando. Estamos pendientes de una reunión con el responsable del complejo para ir viendo cómo se puede agilizar el tema.

Respecto, lo que se hablaba de las comunidades terapéuticas, todo el tema de las adicciones. Obviamente, de las comunidades terapéuticas hay que hacer un planteamiento. Hay que hacer un planteamiento de cuál es la estrategia que llevar a cabo con estas comunidades terapéuticas. Están en unas situaciones y en unas condiciones, además, que no son las mejores. Entonces, sí

que será un objetivo para estos dos, tres años, si somos capaces de definir un poquito la estrategia con las comunidades terapéuticas. También, espero que antes, la estrategia de intervención en conductas adictivas, que sería un área prioritaria en los centros de salud mental también.

Vamos a ver. El tema de docencia y formación. Esto sí que he hecho una pequeña reseña en la presentación, porque yo siempre tengo la sensación de que muchas veces no revierte en lo que hacemos en la formación, y luego, no revierte. Yo creo que no estamos poniendo las estrategias adecuadas para que esto se pueda llevar a cabo. Quizá, vamos a tener que pensar un poco en esta línea.

Nosotros nos planteamos dos cuestiones. Una era fomentar también formación relacionada con el modelo más comunitario. Es decir, porque también es cierto, hay que impregnar. Es decir, estas cosas tienen que calar en las personas, y hay que dar conocimiento. Cuando hablamos de experiencias nuevas que hemos visto, que estamos viviendo en otras comunidades, se plantea formación. Pues si hay que hacer un programa asertivo comunitario, se plantea formación, que la gente no tenga herramientas, porque si no, lo que nos pasa es que al final los proyectos no salen adelante.

Bien, más cuestiones. Todo el tema de recursos domiciliarios. Obviamente, entendemos como algo prioritario que las personas que necesitan una intervención en domicilio, la deben tener. Tenemos dificultades, obviamente, a nivel de personal, pero no solamente personal. Tenemos a nivel de personal porque si no reestructuramos, obviamente, los centros de salud mental y los hospitales de día, al final, acabamos priorizando el estar en consulta. Entonces, obviamente, también es una cuestión puramente organizativa.

Lo que entiendo es que en la medida que surjan necesidades por proyectos específicos, será una cuestión que se va a pedir, y que en los proyectos que vayamos desarrollando, si hay necesidades, pues será tratar de conseguir esas necesidades y buscarlas y encontrar.

Hoy en día hay personas que en nuestra Red de Salud Mental están haciendo intervenciones en el domicilio. Lo que pasa es que esto habría que organizar más. Luego está la otra dificultad, y es que hay mucha población que está muy lejos de los recursos de Salud Mental. Entonces, ahí es fundamental, cuando hace falta hacer intervenciones en domicilio, lo que es la coordinación con la Atención Primaria.

No sé. No he cogido más cuestiones así importantes. No sé si se me ha quedado algo en el tintero. El tema de la mujer también lo que se comentaba. Lo que tenemos claro, eso entraría, hemos diferenciado lo que sería lo preventivo y luego estaría lo asistencial. Quizá ahí no hemos entrado a valorar, pero sí que estamos reflexionando todas las especificidades de las manifestaciones, la psicopatología, y las necesidades incluso de adaptar las intervenciones a esas características, a esas peculiaridades. Es un tema también que sí que está presente.

En principio, respecto a las UME y las ULE, las UME y las ULE forman parte de la estrategia. Obviamente, eso como todos los recursos, se van a ir evaluando y se van a ir planteando mejoras, como ya en los pactos por objetivos están nuestras mejoras, y no hay más.

No sé, probablemente se me han quedado cosas en el tintero. Pero muchas gracias por darme este espacio. Espero que la próxima vez que vuelva, pueda tener datos más objetivos, con indicadores, y espero que hayamos podido conseguir hacer cosas. Todavía estamos en un mal momento. Estamos en una situación covid, que yo lo he vivido desde dos perspectivas. Una, en primera línea, o no tan primera, bueno sí; y la otra, ahora, en este lado de la gestión.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señor Arrizabalaga. Desde luego, estaremos encantados en esta Comisión de recibirle las veces que se considere. Desde luego, muchísimas gracias por la exposición.

**Pregunta sobre los informes que avalan la decisión de abandonar la continuidad del análisis de Covid en aguas residuales, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Cristina Ibarrola Guillén.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Continuamos ahora con el segundo punto en el orden del día, Preguntas sobre los informes que avalan la decisión de abandonar la continuidad del análisis de covid en aguas residuales, presentada por la señora Ibarrola Guillén. Por lo tanto, tiene la palabra para su formulación, por un espacio máximo de cinco minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Muchas gracias, Presidenta. Son muchas las veces que hemos presionado últimamente para que Navarra volviera a montar de forma inmediata la red de control de estaciones depuradoras de aguas residuales para la detección precoz de covid. NILSA mantiene algunos controles en Arazuri y, últimamente, también ha empezado a hacer alguno en Tudela. Pero el Gobierno de Navarra dejó desmontar por desidia y falta de financiación esta red, a pesar de que suponía una buena medida para el control de la pandemia.

Sabemos que el covid se elimina por heces, incluso en personas asintomáticas, si es que se detecta, entre dos y catorce días antes de empezar a subir los casos por PCR. Es un buen sistema de alarma capaz de detectar cambios en la prevalencia de la enfermedad, aparición de brotes o incluso la desaparición de brotes. Permite desagregar por zonas y es una buena ayuda para la toma de decisiones.

Estoy casi convencida de que usted hoy anunciará que el Gobierno de Navarra va a asumir la financiación para reanudar este control. Objetivará, si es así, una vez más, que vuelve a moverse a rebufo de lo que le marcamos, de que usted funciona por presión.

Llega tarde con propuestas que hacemos otros y que luego asume como propias. Lo llevamos viendo toda la legislatura. Ha pasado más de un mes desde que trajimos una moción en este sentido, que ustedes rechazaron, para hacer, lo que insisto, probablemente, hoy nos anuncie. ¿Cuánto le va a costar al Gobierno de Navarra retomar el acuerdo con Nasertic y NILSA para retomar estos controles? Insignificante en el presupuesto del departamento, seguro.

Entonces, ¿cómo justifica haber dejado de hacer controles durante meses? Bienvenido, si lo hacen, y que sea cuanto antes. Ya nos dirá cuándo y cómo, pero las preguntas eran muy concretas. ¿Qué informes técnicos solicitó al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, que avalaran la decisión que tomó el Gobierno para desmontar la red y abandonar el sistema de detección de covid de aguas residuales? ¿Qué decían esos informes técnicos en los que basó su decisión? Y si no lo solicitó, ¿por qué tomó la decisión ajena a criterios técnicos? Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. Para su turno de réplica, tiene la palabra la señora Consejera, por un espacio máximo de cinco minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Buenas tardes. Arratsalde on. Haciendo un poco de historia, desde la Empresa Pública de Infraestructuras de Navarra Sociedad Anónima, NILSA, y con el objetivo de conocer la prevalencia y concentración del material genético del virus SARS-CoV-2 en aguas residuales de la Comunidad Foral de Navarra, se comenzó el estudio de la presencia de este virus en las aguas en el mes de mayo.

Las primeras muestras que se analizaron fueron recogidas con fecha 25 de mayo del 2020, siguiendo un protocolo del CSIC y junto a un laboratorio de Valencia para el procesamiento.

Con posterioridad, a nivel nacional, se presentó el proyecto VATar covid-19, sobre el control microbiológico en aguas residuales, como un indicador epidemiológico de alerta temprana en la propagación del covid-19, en el que participa la Comunidad Foral de Navarra, siendo la planta de aguas residuales seleccionada dentro del proyecto, la Estación Depuradora de Aguas, EDAR de Tudela. Las muestras en esta EDAR, según el cronograma del proyecto, se comenzaron a recoger con fecha 16 de julio del 2020.

En la actualidad, en la Comunidad Foral se siguen controlando y analizando muestras procedentes de la EDAR de Arazuri, por parte de NILSA, en colaboración con la Empresa Pública Gestión Ambiental de Navarra, Sociedad Anónima, y Navarra de Servicios y Tecnología Sociedad Anónima, Nasertic, en la recogida y en el análisis de las muestras procedentes también de la EDAR de Tudela, dentro del proyecto VATar covid-19.

Por tanto, no se ha paralizado esta línea de trabajo, sino que se ha reformulado y dado un estatus, eso sí, complementario y sostenible a lo que son nuestras estrategias de detección del covid-19. Estrategias basadas en la gran capacidad de rastreo y de seguimiento en Navarra, puestas en valor por el ministerio y el Centro de Coordinación de Alertas, con una trazabilidad superior al 80 por ciento en un nivel muy elevado. Muchas gracias, eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Consejera. Para su turno de réplica, tiene la palabra la señora Ibarrola, por un espacio máximo de dos minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Sabe perfectamente que NILSA está haciendo solo por su cuenta y sin financiación del Gobierno, algunas analíticas anecdóticas. Lo sabe perfectamente. Curioso que el 9 de noviembre del 2020 usted respondiera a una pregunta escrita nuestra, y decía: «Sería deseable instaurar una red básica de control del SARS-CoV-2 en aguas residuales, que podría incluir, al menos las EDAR de Arazuri, Tudela, Estella, Tafalla, Olite y Bera, y que esta red básica podría ampliarse en momentos puntuales ante la sospecha de brotes, bien incluyendo nuevas EDAR o con tomas de muestras en puntos de la red de saneamiento que consideren estratégicos». Cierro comillas. Justo la red que usted acaba de dismantelar.

Continuaba diciendo: «Los datos de esta red podrían utilizarse como un indicador epidemiológico de alerta temprana de la propagación de covid-19». Claro, podían haberse utilizado si usted no lo hubiera dismantelado antes.

Era conocido que la detección de covid en aguas residuales era útil como sistema de alarma. El ministerio lo tiene entre sus indicadores. La semana pasada, la Comisión Europea anunció que va a presentar a los Estados miembros unas recomendaciones sobre la vigilancia periódica de aguas residuales en el seguimiento de covid-19 y de nuevas variantes.

Bien, Navarra, que a nivel nacional fue de las primeras, efectivamente, en incorporar el control de aguas residuales, no lo potenció, no lo utilizó en la toma de decisiones y dejó dismantelar la red creada para la detección de covid. Dejó dismantelar. Sí, lo afirmo.

No supo sacarle partido. No lo consideró para tomar decisiones, porque así nos lo contestó, que mejoraran así el control de la pandemia. Estaba a otra cosa, y ha quedado atrás, respecto a otras comunidades y regiones, que después sí que han ido desarrollando y potenciando estas redes. La responsabilidad es suya y del Gobierno de Navarra.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Tiene que acabar, señora Ibarrola.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Sí, estoy terminando. Porque nos consta que tanto técnicos de NILSA como técnicos de Salud Pública apostaban por el seguimiento de aguas residuales para el control de la pandemia. Ustedes lo desoyeron y dejaron desmontar toda la red que después elogiaban. Una irresponsabilidad.

Otro ejemplo más de la gestión política que han hecho de la pandemia y de la falta de participación y de criterio de expertos en las decisiones que han venido tomando. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. Para finalizar esta pregunta, tiene la palabra la señora Consejera, por un espacio máximo de tres minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Como ya le he explicado, los resultados obtenidos hasta el momento, y como ya he comentado, indican que sí es posible la detección, efectivamente, del material genético del virus en aguas residuales, y han permitido el mejorar técnicas y sistemas utilizados en las determinaciones, que se están poniendo a punto y calibrando continuamente, tanto en el laboratorio de nuestra comunidad como en los laboratorios que participan en el proyecto VATar covid-19, en el resto del Estado, con comunidades que, efectivamente, tienen trazabilidades distintas, distintos sistemas de rastreo, etcétera, o, al menos, en cuanto a la eficacia y al funcionamiento.

Si revisamos la bibliografía, el mayor interés de estos estudios es el de ser indicadores centinelas que puedan alertar de una manera templada de posibles cambios en la prevalencia de la enfermedad. El nivel de los estudios que nos permitan decir con cuánta anticipación, es diverso y habría que ver las validaciones, y en esto se está.

La realidad es que, con niveles de alta prevalencia, como los que hemos tenido, se encontraba material genético en todas las muestras analizadas. En el momento actual, con otros niveles de prevalencia, el estudio lo que nos puede aportar es una información sobre tendencias, pero no permite predecir otros indicadores, como, por ejemplo, el número de contagios.

Sí que estamos continuando, porque la realidad de una alerta temprana ante brotes es importante, como de otros sistemas que tenemos de alerta, y que siempre son sistemas complementarios para toma de decisiones y puesta en marcha de medidas oportunas y necesarias, como lo estamos haciendo con el resto de detección temprana, de rastreo, de brotes, de cribados para evitar su transmisión, etcétera.

Además, la estrategia que se lleva a cabo en nuestra comunidad, esta estrategia de detección que he comentado, nos hace identificar a este porcentaje tan alto de casos existentes. Eso, para nosotros es un tema, desde luego, a mantener, y también como he comentado, a complementar.

Por tanto, se va a continuar con la participación en el proyecto a nivel nacional, VATar covid-19, en el que se analiza, como ya he comentado, la EDAR de Tudela. A nivel de la Comunidad Foral, por el momento, también continuamos, propiamente, con el análisis en la EDAR de Arazuri.

A futuro, contando con, desde luego, la necesaria colaboración de otros departamentos del Gobierno de Navarra, lo deseable sería instaurar una red básica de control de SARS-CoV-2 en aguas residuales, que incluyera otras EDAR, aparte de la de Arazuri y Tudela, como Estella, Tafalla, Olite y Bera, para cubrir todo el territorio de nuestra comunidad. Que esta red básica se pudiera ampliar en momentos puntuales ante la sospecha de brotes, incluyendo nuevos EDAR o con tomas de muestras en puntos de la red de saneamiento que se consideraran estratégicos. Sería, desde luego, una complementariedad importante.

Por ello, desde Navarra se está trabajando en el análisis de nuevas dianas del virus, de manera que los análisis que se están realizando en el laboratorio de Nasertic, incluyan todas las dianas de los análisis del proyecto VATar covid-19, reformándose para ello la toma de muestras.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Tiene que acabar, señora Consejera.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Desde la EDAR de Tudela, que se hace desde enero, lo cual serviría para validar estos resultados analíticos que se obtengan en el laboratorio y compararlos con los que se analizan a nivel nacional. Desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, y dentro del proyecto Life Nadapta, hay una acción que se refiere a riesgos emergentes. Tiene una pequeña partida y, desde luego, en este momento, el instituto está planteando utilizar esta partida para apoyar el proyecto de determinación del covid-19 en aguas residuales.

En el medio plazo, como he comentado, desde luego, que sería también un indicador de alerta temprana para continuar con nuestro reputado sistema de rastreo y con otros modelos que estamos utilizando, modelos matemáticos de alerta temprana que hemos utilizado, y lo seguimos haciendo a lo largo de estas distintas fases de la pandemia. Muchas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señora Consejera.

**Pregunta sobre la situación de las listas de espera, presentada por la Ilma. Sra. D.ª Cristina Ibarrola Guillén.**

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Continuamos con el tercer y último punto en el orden del día: Pregunta sobre la situación de las listas de espera, presentada también por la señora Ibarrola Guillén. Por lo tanto, tiene la palabra para su formulación, por un espacio máximo de cinco minutos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. Muy predecible. No tenía informes en los que basar sus datos, de hecho, no los ha nombrado y la pregunta era exactamente esa, y retomarán lo que desmontaron, que ha quedado claro que desmontaron. Por lo demás, doy por reproducida la pregunta.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Ibarrola. A continuación, para su turno de respuesta, tiene la palabra la señora Consejera, por un espacio máximo de cinco minutos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Ya veo que cada pregunta no acaba cuando yo considero que he estado en la réplica, sino que, si hay otra, pues, efectivamente, continuamos. Vengo al tema de las listas de espera. Desde luego, un tema muy sensible y detrás del que hay muchas personas, demasiadas, es cierto. Muchas más de las que deseamos, aunque quizás menos de las que podrían haber estado a la vista del tremendo impacto que ha tenido la pandemia en el sistema sanitario en general y, desde luego, en las listas de espera en particular.

La realidad y los datos son evidentes, y la explicación también. No quería en ningún momento que sonara a excusa, todo lo contrario. En repetidas veces he manifestado en este Parlamento la importancia de abordar el tema, antes, durante y después de la pandemia.

En verano ya comentamos lo que había sucedido como consecuencia de la primera ola, con el doble efecto que tuvo. Ahora me hubiera gustado poder presentar aquí otros datos, pero no ha sido posible, y no porque no hayamos puesto recursos y energías para marcar un cambio de tendencia y recuperar una tendencia que era esperanzadora al inicio del 2020. Pero, y no quiero repetirme, todo el mundo sabe lo que pasó en marzo, abril y mayo, con una primera ola tremenda. Porque creo que también hay un ejercicio interesante, que es comparar en paralelo la evolución de la hospitalización provocada por el covid, con el impacto en el descenso de la actividad ordinaria y con el consiguiente incremento de las listas de espera.

La cadena es lógica y difícil de romper. Llegamos a tener en abril 584 pacientes hospitalizados en los centros públicos y 172 en los privados. Son cifras impresionantes, que nos obligaran a dar la vuelta a toda la organización sanitaria, tratando de proteger lo urgente e imprescindible. Pero, lógicamente, la actividad ordinaria se resintió seriamente, no solo por tener que derivar recursos humanos a la atención a pacientes covid, sino también por otro tipo de medidas, como circuitos, evitar masificaciones en salas de espera, etcétera.

El sobreesfuerzo de Atención Primaria también tuvo su influencia. Justo cuando habíamos comenzado a retomar unos indicadores de actividad ordinaria, algo fijado como objetivo estratégico en junio y en pleno verano, cuando la actividad también baja, llegó una inesperada y potente segunda ola, que se tradujo de nuevo en otros cuatrocientos pacientes ingresados en ambas redes.

Actualmente, estamos ya acabando lo que se ha dado en llamar la tercera ola, con un impacto menor, desde luego, a la vista de la ocupación hospitalaria y de los indicadores, el sistema sanitario. Pero que, en definitiva, ha supuesto también una cadena de situaciones excepcionales, en las que podemos subrayar que el sistema no esencial ha seguido funcionando, pero que no ha dado margen para recuperar el tiempo y la actividad perdida.

Eso es así, pese a que, como saben, y anunciamos, no hemos escatimado en medidas de choque de actividad extraordinaria, pero este esfuerzo ha sido absorbido por lo que ha supuesto en negativo esta sucesión de olas. Estas son las causas y la situación real, que no queda otra que asumir y encarar ahora, ya que, gracias a la vacunación y a otras herramientas, podemos aspirar, no solo a retomar, sino a recuperar la actividad ordinaria, lo que tendrá también su efecto en listas y en tiempos de espera. Muchas gracias. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Gracias, señora Consejera. A continuación, tiene la palabra la señora Ibarrola, por un espacio máximo de cuatro minutos, cuarenta y ocho segundos.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Gracias, Presidenta. Pues mire, hoy viene a este Parlamento a hablar de lista de espera. Estamos a 26 de febrero. Sabía que venía a hablar de listas de espera, y quizá por eso todavía no me ha remitido ninguna información de listas de espera de enero. Usted, transparencia, poca.

Entiendo que no le interesaba enviarla, porque actualmente Navarra tiene la mayor espera media en primera consulta y en revisiones de la historia. Señora Fanlo, qué poco tiempo le ha durado poder traer esa gráfica que tanto rédito creía que le iba a dar durante esta legislatura. Qué poco le ha durado. Hoy son ustedes, un Gobierno del Partido Socialista, el que tiene el récord del peor dato de espera media en primera consulta y en revisiones en la historia de Navarra.

Enero con el peor dato conocido en primera consulta, y en revisiones siguen la línea de toda la legislatura y de la anterior, cada vez peor. También ostentan el peor dato de la historia. La peor espera media de la historia en primera consulta y en revisiones, ahí es nada. Al margen de la pandemia, el empeoramiento de tiempos de espera en primeras consultas empezó a mediados de 2018. Esa es la tendencia, desde 2018.

En revisiones sigue un empeoramiento progresivo, ya desde hace años, al menos, los seis últimos años. Era esperable que la pandemia tuviera un impacto en listas de espera. Claro, ¿pero tanto?

Lo grave, lo que no han conseguido proteger es que estos retrasos no afectaran a problemas de salud graves o incapacitantes. Se lo llevamos reclamando desde que terminó la primera ola.

El presupuesto de este año en salud es 400 millones de euros más que en 2013, 400 millones de euros más y los resultados hoy son peores. ¿Cómo puede explicar esto? Porque como equipo gestor, ustedes no tienen un pase. Si hubiera un premio a la ineficiencia en la gestión, sin duda, usted se lo llevaba.

En el último año, con datos de enero de 2021, mantienen estable, es verdad, la espera media en cirugía, pero han incrementado el tiempo de espera en primera consulta un 52 por ciento,



pasando de 52 a 79 días, insisto, la mayor espera que ha habido nunca en Navarra. El resto de los datos los tengo que analizar de diciembre de 2019 a diciembre del 2020, porque vuelvo a decirle que usted, hoy, 26 de febrero, no me ha mandado nada de información que solicité el 8 de enero, cincuenta días han pasado.

El 78 por ciento de las personas en lista de espera para primera consulta ni siquiera tienen asignada cita, y el 69 por ciento incumple la Ley de Garantías. La espera media se ha incrementado también de forma importante, lo saben, algunas exploraciones diagnósticas, como la ecografía, ha pasado de 28 a 77 días; mamografías, de 26 a 88 días; o la resonancia magnética, de 34 a 56 días.

Ya he comentado que la espera en revisiones con máximos históricos en Navarra, merece una mención aparte. Ha pasado en el último año de 91 a 120 días, un incremento de un 32 por ciento.

Nuestra formación trajo a este Parlamento hace un año una proposición de ley innovadora a nivel nacional. La proposición de ley, además de mejorar tiempos máximos en primera consulta, en cirugía y en pruebas diagnósticas, definiendo además niveles de prioridad, regulaba como derecho a la ciudadanía navarra, tiempos máximos de espera en consultas de revisión, así como tiempos de espera máximos en tratamientos del cáncer. Hubiera sido una ley referente, una clara mejora de derechos de tiempos máximos de espera en salud para la ciudadanía navarra. Pero usted hizo un informe de disconformidad y el resto de los grupos se ocuparon de impedir su paso a trámite.

Usted nunca antes había hablado de modificar esta ley, nunca, pero tiene la costumbre, de cuando presentamos cualquier medida, pues justo nos anuncia que lo estaba meditando. Ha perdido la credibilidad en esto. Habla de unidad, pero sabe perfectamente que yo misma le propuse hablar de esta proposición de ley, antes de debatirla. Tratar de llegar a un acuerdo. Usted se negó, se negó a hablar. ¿De qué unidad política me habla? ¿De permanecer callados y no criticar la gestión de una pandemia en la que han cometido muchos errores y con medidas y decisiones de las que jamás han consentido hacernos partícipes? ¿De esa unidad política me habla?

No han puesto ninguna medida efectiva para resolver el empeoramiento progresivo que se sigue produciendo en tiempos de espera en revisiones. Estas revisiones, que sabemos que en muchas ocasiones ocultan problemas de salud más prioritarios y graves que primeras consultas que sí tienen este derecho regulado de tiempos máximos.

¿No le parece que ya es hora de que deje de mirar para otro lado y haga algo para resolver los problemas de salud de tantas navarras y navarros que permanecen esperando una cita del departamento que usted encabeza?

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Tiene que acabar, señora Ibarrola.

SRA. IBARROLA GUILLÉN: Nada más, y muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchas gracias, señora Ibarrola. A continuación, tiene la palabra la señora Consejera, por un espacio máximo de un minuto, treinta y ocho segundos.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Señora Ibarrola, el peor dato, la peor pandemia de nuestra historia, una pandemia en cien años, me está usted comparando con datos de cuando no había pandemia. Hace un año, el 29 de febrero tuvimos la primera paciente que iba directa a la UCI. Un año, y pareciera, y para comparar que ese año no ha existido, me sorprende. 400 millones más de euros, por supuesto, eso indica una apuesta potente y real por la sanidad pública. Una sanidad pública que se ha visto tan necesaria para una gestión de la pandemia. Una gestión que, en la tercera ola, y no hace falta. Yo no voy a comentar ningún dato, porque cuando las cosas van de una manera, el que unos lo comenten indica y el de otros la comentan. Con lo cual, lo que voy a ir es a lo que usted está hablando, y me habla de listas de espera de primeras consultas.

Creo, como siempre suele pasar, y la verdad es que con tantas cosas he preguntado si se le han mandado, y creo que se las habrán mandado. Me habla de listas de espera de primeras consultas, y los datos son los que son. No se pueden cuestionar, lo he dicho. Estamos en malas cifras y estamos en mal momento, por pasar una pandemia como la hemos pasado, única en nuestra historia.

Evidentemente, 46.906 personas son muchas. La tendencia del final de año, por las razones que he apuntado, ha sido negativa, tras un inicio de mejoría, fruto de un verano que empezaba a acercarse a cierta normalidad. Pero, por hablar de todo también, se puede también comentar la otra gran lista de espera que afecta a la ciudadanía, la de las intervenciones quirúrgicas. Aquí todavía hay 6.675 personas esperando una operación, frente a las 7.909 del año pasado y a las 8.125 del 2019.

Es el mejor dato de hace dos años. Seguro que también hay más anotaciones, y esta es la otra cara de la moneda. En pruebas complementarias, como se ha indicado, la realidad es variada, con listas que empeoran, como las ecografías.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Tiene que acabar, señora Consejera.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Induráin Orduna): Acabo, señora Presidenta. Otras que mejoran, como los TAC. Ya sé que lo importante es una mirada de conjunto, y que las listas de espera de primera consulta son muy importantes. Nos preocupan, son muy importantes, pero creo que también hay que poner en valor el trabajo de los profesionales, porque se dice que se pone, pero luego cuando se hacen comentarios es como dudarlos. Este trabajo de los profesionales, ha hecho bajar la espera quirúrgica, pese a unas condiciones también adversas.

Esto nos lleva también a abordar las primeras consultas con una perspectiva que va más allá de lo hospitalario, con programas especiales, con una visión sistémica, también empezando por la Atención Primaria y diferentes relaciones y medidas e interniveles, que creo que las podremos presentar y, desde luego, en este mismo foro. Muchas gracias, mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Medina Santos): Muchísimas gracias, señora Consejera. Finalizado este tercer y último punto en el orden del día, quiero agradecer de nuevo a la señora Induráin, la señora Consejera, y al señor Arrizabalaga, su presencia hoy en esta Comisión, y desearles a todos ustedes que pasen buen fin de semana. Muchísimas gracias.

(Se levanta la sesión a las 14 horas y 17 minutos).