DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

XI Legislatura | Pamplona, 25 de octubre de 2023 | NÚM. 3

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DEL ILMO. SR. D. PEDRO JOSÉ GONZÁLEZ FELIPE

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 25 DE OCTUBRE DE 2023

ORDEN DEL DÍA

— 11-23/COM-00083 y 11-23/COM-00084. Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos de Navarra para explicar el informe «¿Es adecuada la gestión de las listas de espera en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea? (2018-2022)».

(Comisión transcrita por Naturalvox S.A.U.)

(Comienza la sesión a las 9 horas y 31 minutos).

11-23/COM-00083 y 11-23/COM-00084. Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos de Navarra para explicar el informe %u201C¿Es adecuada la gestión de las listas de espera en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea? (2018-2022).

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Buenos días. Damos comienzo a esta Comisión de Salud, en la que tenemos un único punto del orden del día: Comparecencia del Presidente de la Cámara de Comptos de Navarra para explicar el informe ¿Es adecuada la gestión de las listas de espera en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea? Para ello comparecen el Presidente, el señor Cabeza; la auditora, Karen Moreno; y el secretario, José Contreras. Como bien es sabida la dinámica, tienen treinta minutos para explicar el informe, debido a que los proponentes, ninguno de los dos va a hacer ninguna introducción. Mil perdones. Señora San Martín, tiene cinco minutos para intervenir.

SRA. SAN MARTÍN RODRÍGUEZ: Muchas gracias, Presidente. Lo primero de todo, quiero dar la bienvenida al señor Cabeza, señora Moreno y señor Contreras por su presencia hoy aquí, en el Parlamento de Navarra, a colación de las listas de espera. Simplemente una breve introducción, un poco de por qué hemos pedido esta comparecencia. Se nos acaban los adjetivos para las listas de espera, con sesenta y cinco mil personas esperando hablábamos de inaceptable, hablábamos de muchos adjetivos, y ya con sesenta y seis mil, mil más, cada mes se nos acaban los adjetivos. Las listas de espera son escandalosas. Quien no lo quiera ver tiene un problema, pero las listas de espera son escandalosas.

Los navarros y navarras no se merecen estas listas de espera. Pagan muchísimo dinero, pagan muchos impuestos para tener una sanidad de primera y, ahora mismo, es de tercera, de cuarta, no sé ya muy bien, o de quinta. Las listas de espera están en caída libre. No sé si se podrán reconducir, esperemos que sí. Ya sabemos que va a haber una inyección económica de tres millones de euros para ello, pero nosotros también pensamos, y lo hemos dicho en varias ocasiones, un poco también de la misma manera que se decía en el informe, las conclusiones, y que simplemente inyectando dinero para bajar las listas de espera no se va a solucionar el problema, es un problema crónico que requiere de otros elementos para meter en juego. Luego explicaré alguno de ellos, también a colación del informe.

Las listas de espera, creemos que, evidentemente, son el reflejo de que hay sesenta y seis mil personas con sesenta y seis mil familias, sesenta y seis mil incertidumbres que están esperando. Hay que poner sesenta y seis mil, una detrás de otra. Pero, además de eso, las listas de espera son la punta del iceberg de un problema grande del Servicio Navarro de Salud, que, a día de hoy, es ineficaz. Lo volveremos a decir, es ineficaz, y creemos que requiere una reestructuración global.

Es más, el señor Consejero también creo que va en esa misma línea, con lo cual no estamos diciendo nada extraño. Pero sí que ya, y por concluir un poco esta primera intervención de contextualización, me gustaría decir que me parece que no teníamos que haber llegado a este punto, que es una irresponsabilidad haber llegado a este punto, y es una irresponsabilidad, creo

que del Gobierno anterior, por haber permitido que lleguemos a este punto con el Servicio Navarro de Salud.

Porque, al final, creo que lo único que tiene que primar son los ciudadanos y las ciudadanas, el bienestar de los ciudadanos y las ciudadanas, más en un tema como es la salud, y eso es lo que debe de primar por encima de absolutamente todo.

Dicho esto, vuelvo a agradecer su presencia. He leído el informe, me parece que es un informe muy detallado, les agradezco muchísimo, creo que todos les agradecemos porque es un informe que, sin duda, si se utiliza bien, pone encima de la mesa los elementos que hay que tener en cuenta a la hora de intentar mejorar estas listas de espera. Debe ser utilizado, sin ninguna duda, por la Consejería, es un informe en detalle, concienzudo, les habrá llevado seguro mucho tiempo, muy bien redactado, con muchos puntos de interés, y por eso hemos solicitado su comparecencia, para que nos aclaren en detalle algunas cosas —luego preguntaremos—, y para que pongan luz, si es posible, a la salida de estas listas de espera. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Gracias, señora San Martín. Como ahora parece que está bastante de moda en la política española el cambio de opinión, el señor González también quiere intervenir.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, lehendakari jauna, egun on guztioi. Buenos días a todos y a todas. Una vez que la compañera portavoz de UPN consideraba oportuno hacer una contextualización de por qué hemos solicitado la comparecencia, me parecía también interesante porque, desde luego, igual nuestros intereses o nuestras intenciones son diferentes también de las que plantea UPN. ¿Por qué? Porque cada vez que se habla de las listas de espera es algo que es incuestionable que es un problema para la atención sanitaria de la población que tenemos que garantizar que sea atendida en tiempo y forma, de forma correcta. Eso es indiscutible, pero luego sí que a nosotros, por lo menos, como Euskal Herria Bildu, nos interesa hacer un análisis y una contextualización y, probablemente, una motivación de las causas que han podido influir en que la situación de las listas de espera se haya deteriorado tanto en estos últimos cuatro años.

A veces, lo que uno intenta es hacer comparaciones con otros períodos también cercanos, donde las listas de espera también han tenido unas evoluciones, realmente, digamos que malas, o de crecimiento descontrolado, y hay que tener en cuenta, por ejemplo, que en el período 2011-2015, las listas de espera crecieron un 350 por ciento. En estos momentos estamos en el 82 por ciento. Es decir, obviamente, cada Gobierno ha intentado, en un momento determinado, afrontar las crisis con una serie de herramientas que han tenido sus efectos secundarios.

En el 2011-2015 los recortes hicieron multiplicar las listas de espera. En este entre, digamos que dificultades de gestión generadas por el covid, y también medidas que, a nuestro entender, son muy importantes y están teniendo un efecto muy importante en la actividad y en la productividad del Servicio Navarro de Salud, han hecho que las listas de espera también aumenten.

Me voy a referir a dos temas concretos. Por un lado, la tasa de reposición, que ha hecho y ha condenado a Osasunbidea a una temporalidad y una rotación de profesionales por el puesto de

trabajo, que es totalmente ineficaz, es un desastre para la sanidad pública y, por otro, el techo de gasto, el no poder invertir en servicios públicos lo que la Comunidad Foral de Navarra necesita.

Las dos medidas fueron impuestas por los gobiernos del Partido Popular en el Estado, y creemos que habría que intentar corregirlas y cambiarlas.

Además, creemos que el informe denota o detalla ciertas irregularidades o mejoras en aspectos de lo que sería la gestión pura de las listas de espera, y sí que hay otros aspectos de esa gestión o del afrontar el reto de solucionar estas bolsas tan grandes de personas en espera de ser atendidas en la república de Salud, que creemos que igual nos han quedado dudas, y lo que queríamos, desde luego, con esta comparecencia era plantearles esas dudas y ver en la medida de la posibilidad si somos capaces entre todos y todas de buscar soluciones a este problema. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Muchas gracias, señor González. Ahora sí, disculpen, señor Cabeza, señora Moreno, tienen treinta minutos.

SR. PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sr. Cabeza Del Salvador): Gracias. Buenos días. Egun on. Gracias, señor Presidente. Vamos a hacer una breve presentación del informe y, luego, lógicamente, estaremos a su entera disposición.

En primer lugar, queríamos remarcar que, en el tema de las listas de espera nos estamos centrando en Atención Especializada No Urgente, y que surge como un desequilibrio entre la demanda que realizan los ciudadanos y la oferta sanitaria que los servicios públicos ofrecen a esos ciudadanos. Es un tema muy complejo, de difícil solución, pero, sobre todo, que presenta una fuerte incidencia en el ciudadano, y este es un tema que no podemos olvidar que la mayor repercusión en el ciudadano, en el paciente. Está generalizada en todos los sistemas públicos sanitarios, de difícil solución, y que esta no se resuelve solo con más recursos financieros, sino que implica la adopción de medidas de gestión relevantes para intentar resolver esta cuestión.

Luego, en el período que hemos analizado, no podemos olvidarnos de la incidencia que tuvo la pandemia, como luego veremos, en los años 2020 y 2021, que distorsionan las comparaciones, posiblemente todas las evoluciones históricas en el aspecto sanitario, como en otros aspectos de la gestión pública.

Además, en este período tenemos una serie de condicionantes que hemos resumido en tres. En primer lugar, ha aumentado un 2 por ciento la población con derecho a asistencia sanitaria, que eso implica que son dieciséis mil personas que han entrado en el sistema sanitario público en ese período.

Otro de los aspectos que está incidiendo en toda la gestión sanitaria es el envejecimiento de nuestra población, que en el período 2010 a 2022, el 22 por ciento de la población tiene más de sesenta y cuatro años, con todas las repercusiones que eso conlleva. Pero es que, en el período objeto del informe, 2018 a 2022, esa población de más de sesenta y cuatro años ha crecido un 7 por ciento, con lo cual es un tema también a tener en consideración, para luego, los efectos.

Como ya he comentado, la influencia de la pandemia, sobre todo en una reducción de la actividad en los años 2020 y 2021, que, por ejemplo, en temas de consulta, en 2018 la actividad que realizó el Servicio Navarro de Salud fue de 1.076.000 consultas, pero en 2020 esa actividad se redujo a 886.000; en 2021, a 944.000; y en 2022 estamos en 1 millón. Es decir, que aún no hemos recuperado la actividad que realizaba el Servicio Navarro de Salud en el tema de primeras consultas, motivado por la pandemia, o personas en listas de espera en primera consulta teníamos 32.000 en el 2018, y hemos pasado a 60.000 en 2022.

¿Qué se pretendía con este informe? Básicamente, hemos analizado cuatro aspectos. Primero, el procedimiento de gestión de las listas de espera que se aplica en el Servicio Navarro de Salud, en el Osasunbidea, analizar si está correctamente definido, si es conforme a la normativa, si garantiza la aplicación de normas, etcétera. En segundo lugar, evaluar el cumplimiento del principio de equidad tanto entre áreas sanitarias como entre pacientes, ese es el segundo objetivo que hemos analizado. En tercer lugar, qué medidas se han tomado para reducir estas listas de espera en este período que hemos analizado. Finalmente, hemos hecho un trabajo de auditoría de sistemas de la información para analizar la seguridad, la disponibilidad, la integridad y la confidencialidad de los datos que se manejan de protección del ciudadano.

En cuanto al alcance y limitaciones, hemos revisado la normativa, los manuales, las instrucciones, las circulares, etcétera, la información sobre listas de espera que genera el Servicio Navarro de Salud sobre reclamaciones, sobre actividades, etcétera, las partidas presupuestarias destinadas a la reducción de las listas de espera, las bases de datos de esa gestión de esas listas de espera y acceso a las aplicaciones, y hemos hecho un trabajo específico de una muestra de diez planes de reducción de listas de espera que, como saben, es el instrumento preciso para la realización de jornadas extraordinarias o peonadas, así como hemos analizado sesenta y cinco bolsas de pacientes.

Nos hemos encontrado con una limitación, una limitación en nuestro trabajo, que luego la trasladaremos a la conclusión, es que las aplicaciones de gestión no permiten citar a un paciente sin que se respete el principio de antigüedad y prioridad, y sin dejar constancia del motivo. Consideramos que, lógicamente, cuando se salta un paciente el puesto en la lista de espera, hay motivos médicos que apoyan ese salto, pero no queda constancia de esos motivos en la aplicación, con lo cual, no podemos pronunciarnos sobre si se respeta o no esa prioridad.

En cuanto a las principales conclusiones, en esta primera transparencia hacemos la foto de la situación, teniendo en cuenta las listas de espera de primeras consultas, consultas de revisión, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. Esta es un poco la fotografía resumida de la situación en que nos encontramos en el ejercicio 2018, y a 31 de diciembre de 2022.

Sobre esta fotografía, destacamos que hay doscientos cuarenta mil registros a 31 de diciembre del 2022, que es un incremento del 29 por ciento sobre el ejercicio 2018, y estos registros fundamentalmente se concentran en consultas. El 64 por ciento en consultas de revisión, y el 25 por ciento en primeras consultas. Es decir que, en total, de ese número, el 89 por ciento procede de consultas.

Dentro de este tema, las primeras consultas prácticamente se han duplicado las listas de espera en el período analizado. Es importante el tema de las primeras consultas porque es la puerta de

entrada al sistema de asistencia al ciudadano. Por tanto, retrasos en esa puerta de entrada, en que el ciudadano entre al sistema sanitario, pueden implicar un potencial riesgo de empeoramiento de su salud, con lo cual, para nosotros es relevante el apartado de las primeras consultas.

También destacamos que, en 2018, el 52 por ciento de las personas que estaban en lista de espera tenían cita ya asignada, en tanto que, en 2022, ese porcentaje es del 23 por ciento. Es decir que ha habido una reducción significativa. Otro de los aspectos que también nos ha llamado la atención, sobre todo en el área de Pamplona, es que se está viendo una aproximación entre el porcentaje de consultas preferentes y consultas ordinarias. Se está viendo que prácticamente en el área al menos de Pamplona, el 50 por ciento de estas consultas ya son preferentes o ya son ordinarias.

En cuanto a consultas de revisión, también se ha incrementado un 15 por ciento sobre el 2008, y alcanza una lista de espera de 156.000 personas, pero el 78 por ciento coincide en el área de Pamplona, se resume en el área de Pamplona. En cuanto a las listas de espera en pruebas diagnósticas, ha habido aproximadamente un incremento también del 50 por ciento, y esto sí que es importante, por toda la incidencia que tiene sobre el resto de listas de espera. Mientras no se hagan unas pruebas diagnósticas, implica retrasos en el resto de las listas de espera. En intervenciones quirúrgicas, sin embargo, sí que se mantiene bastante estable el número de 2018 a 2022.

Finalmente, para intervenciones quirúrgicas, que es el único dato que podemos tener comparativo, el tiempo medio de espera en Navarra es inferior a la media del Estado. Sin embargo, si lo comparamos con las distintas comunidades autónomas, esta conclusión ya se diluye, porque hay unos aspectos en los que estamos mejor, en otros aspectos hay otras comunidades que tienen mejores tiempos medios de espera. Pero, repito, sobre la media del Estado, la situación en Navarra es inferior de tiempo medio de espera.

En cuanto al primer objetivo, la existencia de un procedimiento definido adecuado a la normativa, hemos constatado que existe este procedimiento, que está regulado, que existen circulares, instrucciones correspondientes, pero sí hemos observado ciertos incumplimientos derivados de la tardanza de la apertura de las agendas, de los numerosos cambios que se introducen por los servicios médicos, cambios por vacaciones, etcétera, de la excesiva personalización de criterios de citación en función del servicio médico y del número de agendas. Consideramos que dos mil trescientas agendas implican una carga de trabajo muy relevante para los servicios de unidades de admisión, como luego veremos.

El procedimiento es similar en temas quirúrgicos en todas las tres áreas sanitarias. Sin embargo, en pruebas y consultas, el procedimiento presenta diferencias en cuanto a la gestión de los cambios y en cuanto a las cancelaciones. Ello se traduce en que las unidades de admisión juegan un papel fundamental, son en torno a ciento noventa personas que realizan un trabajo con una importante carga de trabajo, que también presentan los problemas normales de nuestras Administraciones en cuanto a la temporalidad, lo que implica una rotación de personas, y que, en muchos supuestos, tienen que citar a los pacientes sin recibir las oportunas indicaciones del personal facultativo.

Hemos observado dos incumplimientos de la normativa. En primer lugar, la superación de los plazos de garantía que establece nuestra ley foral de atención al paciente. En el período analizado han sido en torno a treinta y cinco mil reclamaciones, fundamentalmente en consultas y que representan un 21 por ciento más que en 2018. Por otro lado, el Servicio Navarro de Salud en listas de consultas y de pruebas no remite la información al Ministerio de Sanidad, sin diferenciar los pacientes en lista de espera estructural, es decir, motivado por causas del propio Servicio Navarro de Salud, y no estructural, motivado fundamentalmente por decisiones del paciente o por motivos médicos.

Entonces, esto es lo que nos impide hacer una comparación en tiempos de espera, en temas de consultas y de pruebas, que sí se puede hacer en temas de intervenciones quirúrgicas, que es el que he comentado anteriormente.

En cuanto al principio de equidad entre áreas y pacientes, observamos que, entre las tres áreas sanitarias de Navarra, Pamplona, Tudela y Estella, existen diferencias significativas en el tiempo de demora media por especialidad y por área. Tres áreas que observamos que funcionan a estos efectos de modo independiente, sin que esté perfectamente coordinada su gestión en materia de personal y de recursos.

También como ya les he comentado la limitación que hemos encontrado en nuestro trabajo, no podemos opinar sobre si se cumple el principio de equidad entre pacientes, al no poder constatar si los saltos en las listas de espera de determinados pacientes están motivados por tema médico o por otras circunstancias. Repito que es porque el sistema no recoge esa información.

Al objeto de poner de manifiesto este principio de equidad entre áreas y pacientes, les ponemos de manifiesto, por ejemplo, en primeras consultas incluidas en la ley de garantías, tenemos que, en 2018, en Pamplona la demora media era de 43; en el 2020, año de la pandemia, fue de 81; en el 2022 es de 70 días; mientras que, en Tudela, 14, 26, 41; y en Estella, 23, 56, 75, con lo cual, no hemos recuperado la situación precovid en el tema de primeras consultas.

O en el tema de especialidad de Cardiología observamos que en Pamplona en 2018 era de 43 días, en Tudela era de 8 días y en Estella era de 33. Cuando llega la pandemia en 2020 pasa a ser 90 en Pamplona, 45 en Tudela y 39 en Estella; y en 2022, Pamplona tiene 133 días de demora, Tudela 70 y Estella 41. Un poco viene a refutar esta diferenciación que existe —en este caso en la especialidad de Cardiología— entre las distintas áreas de salud del Gobierno.

En cuanto al objetivo 3, medidas orientadas a la reducción de listas de espera, estas medidas son básicamente contratación de personal temporal, la realización de jornadas extraordinarias o peonadas, o la derivación a centros privados. En el período analizado, 2018-2022, Osasunbidea ha gastado 21 millones, de los que 8,5 se han dirigido a contratación de personal —en total, 707 contratos—, 6,62 millones a la productividad o peonadas, donde hemos detectado ciertas deficiencias, sobre todo del registro de personas que han participado en esas jornadas extraordinarias, de que la actividad se ha realizado exclusivamente en la jornada extraordinaria, y que no hay un registro de presencia en Osasunbidea del personal sanitario.

Por último, la derivación, que ascendió a 6,20 millones, en este caso fue directamente a la Clínica Universidad de Navarra. También es importante resaltar que estas medidas, que podemos decir de choque para la reducción de listas de espera, tienen un peligro, que es el efecto rebote que puede provocar a medio y largo plazo. Por lo tanto, hay que considerar esa posibilidad de rebote. Aunque a corto plazo se reduzcan las listas de espera, a medio y largo plazo puede provocar un efecto rebote.

También hemos analizado una serie de medidas de coordinación con Atención Primaria. Es decir, aquí el tema de la coordinación entre atención especializada y Atención Primaria es fundamental también para la resolución del problema. Una serie de medidas que se están haciendo en determinadas áreas o en determinadas especialidades, y que consideramos que son relevantes y que podrían generalizarse, por ejemplo, la revisión previa antes de efectuar una derivación, las interconsultas no presenciales para analizar la idoneidad de esa derivación o de esa cita especializada, e incluso la cirugía local sencilla a realizar en los servicios de Atención Primaria, que liberarían trabajo en la atención especializada.

Repito que estas son pruebas, experimentos que se están haciendo en determinadas áreas y en determinadas especialidades, y que consideramos que puede ser relevante su uso generalizado si se considera oportuno.

Finalmente, el objetivo 4 era el tema de la auditoría informática de los sistemas de información, y ahí concluimos que los sistemas de información que se utilizan para la gestión de las listas de espera proporcionan una garantía razonable sobre la seguridad, disponibilidad, integridad y confidencialidad de los datos. Hay aspectos mejorables, no significativos, relativos a las revisiones periódicas de usuarios, a control de bajas, a políticas de seguridad, pero consideramos que son aspectos no significativos.

Por último, el apartado de recomendaciones. En primer lugar, lógicamente, consideramos que hay que mejorar la coordinación entre las áreas sanitarias y gestionar los recursos de estas áreas de una manera integrada para intentar evitar esas diferencias que existen en tiempos de espera por área y por especialidad.

En el supuesto ya de la limitación y de la conclusión que hemos dicho sobre no respetar el orden de antigüedad que el sistema informático permita identificar de una manera sencilla el por qué se hace esos saltos. También remitir al Ministerio de Sanidad por los datos de los pacientes, de acuerdo con la normativa, sobre todo la separación, especialmente en consultas, para la separación entre listas de espera estructurales y no estructurales, que sepamos cuáles son los motivos de esas listas de espera, si son originados por las propias deficiencias del sistema o porque, sobre todo, el paciente ha solicitado diversos cambios.

También es importante que las agendas se abran con un mínimo de tres meses de cara a la planificación y a la programación de los trabajos. En estos momentos, cuando hicimos el trabajo, solo el 23 por ciento de esas dos mil trescientas agendas estaban abiertas en el plazo de los tres meses. Entonces, si reducimos ese plazo, dificulta enormemente la programación de la actividad a realizar por cada uno del personal facultativo.

Evidentemente, hay que fomentar todas las medidas encaminadas a la prevención de enfermedades y a la práctica de hábitos saludables en los ciudadanos, eso es una norma lógica de cualquier trabajo que se hable sobre sanidad, establecer también un sistema de control de presencia del Servicio Navarro de Salud que permita verificar las retribuciones variables percibidas y, finalmente, modificar, en su caso, los tiempos asignados a los módulos utilizados para calcular la retribución de las jornadas extraordinarias.

Finalmente, en resumen, no se puede dar una respuesta inmediata a este tema. Consideramos que la responsabilidad es de todos los agentes y estamentos que participan en la gestión sanitaria, desde los gestores a los facultativos y a los pacientes, para el uso racional del producto sanitario. Hay que analizar profundamente las causas que nos están llevando a esta situación de listas de espera, desde la actividad que realizan los servicios médicos hasta la propia gestión de esas listas, con la posibilidad de mejorar la planificación y la gestión de los recursos disponibles y de la gestión clínica y, finalmente, poner el ojo en el fomento de la prevención y el cuidado de salud de los ciudadanos.

No podemos olvidarnos de que el objetivo de todo esto siempre va a ser, el objetivo final tiene que ser la salud del paciente, la salud del ciudadano. Nada más. Muchas gracias. Eskerrik asko, y quedamos a su entera disposición.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Muchas gracias, Presidente, por la exposición. A continuación, tienen la palabra los portavoces de los grupos parlamentarios. Señora San Martín, por parte de UPN, tiene diez minutos.

SRA. SAN MARTÍN RODRÍGUEZ: Muchísimas gracias por las explicaciones, por el detalle que nos ha dado del informe que habíamos leído previamente. Lo que no me esperaba, de verdad, es que en esta Comisión nos recordara lo que pasaba hace doce años. ¡Madre de Dios! Estamos con sesenta y seis mil, y digo sesenta y seis mil y he sido benévola, porque no he metido ni los nueve mil u ocho mil y pico —ahora no recuerdo la cantidad— de lista de espera quirúrgica, no he metido consultas sucesivas, no he metido pruebas diagnósticas, me he ceñido a listas de primera consulta de especialidad.

Pero es que no hay peor cosa que juzgar con los ojos del presente lo que pasaba en el pasado, y en el pasado, hace doce años, todos sabemos que estábamos en una crisis económica, y todos sabemos que el presupuesto que ha manejado este Gobierno es de millones y millones y millones de euros más que lo que teníamos en aquellos años, con lo cual, eso para empezar.

Segundo, se puede torturar los datos, lo sabemos todos, para que digan lo que queremos que digan. Eso también lo sabemos. Entonces, el incremento del 300 por ciento es imposible, inviable, porque nunca ha habido quince mil personas en lista de espera, que es lo que tenía que haber ha habido para un incremento del 300 por ciento, con lo cual, en fin, no me voy a meter ni a valorar mucho más, pero simplemente que me llama la atención que traigamos aquí el pasado de doce años. ¡Jolín! Vamos al presente, que es en donde estamos, y es lo que tenemos que intentar solucionar, y es lo que nos van a agradecer los ciudadanos, no nos van a agradecer otra cosa.

Dicho esto, yendo un poco al informe, hay dos grandes aspectos, dos grandes secciones en las cuales también se divide el informe. Una de ellas es el tema de las agendas, que usted ha explicado bien, y ahí se ve cómo concurren muchísimos factores, y el tema de las agendas parece que es un escollo real en el tema de la gestión de las listas de espera. Pero también se ve, por resoluciones que ustedes nombran en el informe, que hay responsables de todo eso.

Es decir, que hay responsables de que no se abran las agendas más de un mes. En la resolución a la que hacen referencia exactamente hablan de los equipos directivos y de la dirección médica. Es decir, están obligados a abrir agendas entre tres meses y un año y, si no se abren agendas entre tres meses y un año, es que hay un responsable para que se abran. Entonces, que únicamente el 23 por ciento de las agendas cumplan con la normativa es llamativo, y desde luego que es un elemento de mejora importantísimo, así como otros elementos que ha descrito de las agendas.

La descitación de pacientes también, esa resolución habla de que tiene que ser excepcional, y ya estamos viendo, usted lo ha dicho también, sale del informe, que, de excepcional, pasa, no digo a habitual porque no es verdad, pero de excepcional pasa a que hay muchos pacientes que se descitan.

Cambios frecuentes en las agendas también. En la resolución se habla de que las agendas no se pueden cambiar dentro del mes, quiero decir, no se pueden cambiar de un mes en adelante, pero se están cambiando de un mes hacia atrás, y eso también repercute en la recitación de pacientes, y también llama la atención que en muchas ocasiones sea sin que se diga la razón de por qué se…

Con lo cual, al final, en lo que quiero insistir es que, en su informe, todos estos detalles y todos estos elementos de agenda, yo extraigo dos cosas: una, que hay unos responsables de esto, es decir, que no es que esto se produzca y no se sabe muy bien por qué, sino que hay unos responsables, que creo que son los que tienen que velar por que estas agendas se cumplan; y el otro elemento, yo creo también, es un tema de aplicación informática. No sé hasta qué punto, yo desconozco cómo es la aplicación, ustedes la han visto en detalle, pero sí que creo que igual se podría intentar mejorar esa aplicación, porque debe ser muy farragoso. Ustedes han hablado, y salen las cifras, la verdad es que es llamativa la cantidad de agendas que hay. Gestionar todas esas agendas, con todas las particularidades, tiene que ser extremadamente complejo.

Ahora, con el tema de la Inteligencia Artificial, no sé si hay alguna posibilidad de ayudar a las personas, a los administrativos que están ahí, para que esa labor no sea tan manual y no les consuma tanto tiempo, que yo creo que también es uno de los factores que retrasan la citación de pacientes, o que es un escollo en la gestión de las listas de espera.

En relación también con las agendas, me gustaría decir que hablan ustedes también del tema de la ley de garantías, de la gente que está fuera de la ley de garantías, y es verdad que son unas cifras importantes. Ustedes han hecho una valoración de dos bolsas. Hablan de unos porcentajes que están fuera de la ley de garantías entre un 15 por ciento y un veintipico por ciento, si no recuerdo mal, algo así. Nosotros tenemos unos datos que hemos solicitado de septiembre, de la gente que se vio en consultas en septiembre, y desde cuándo estaban esperando, y tenemos unos porcentajes, depende mucho de la especialidad, es verdad, tenemos unos porcentajes que

pueden variar, desde muy pocas personas o ninguna, fuera de la ley de garantías, hasta unos porcentajes altos de fuera de la ley de garantías. Nos parece también que es un elemento importante que, al final, destaca dentro de las listas de espera la variabilidad que hay entre unas especialidades y otras.

Hablan también de la mezcla de datos de lista de espera estructural y no estructural, y es verdad también, no sé hasta qué punto esto se puede mejorar, que los criterios de qué es estructural y qué es no estructural están un poco difusos incluso dentro de las áreas de salud que tenemos en Navarra. Luego, sé que comentan en su informe que se está trabajando en una nueva resolución para especificar un poco más todo este procedimiento de agendar pacientes. No sé si ese aspecto se tocará o no se tocará, pero nos parecía importante destacarlo.

Más cosas que quería comentar. No le he oído decir nada, pero sí que también nos parece importante la interconsulta no presencial. En el informe que dan desde el Servicio Navarro de Salud, el informe que está en anexo en su informe, hablan de un incremento de la consulta no presencial, y yo creo que dan datos de los años 2016 y 2022. No tengo datos, pero sí que creo que —igual ustedes los tienen— ha podido haber un descenso de interconsulta en los últimos años. No lo sé, lo desconozco.

Esa es una pregunta que les lanzo, porque sí que creo que la interconsulta es algo importante, interesante y, sobre todo, la interconsulta, por ejemplo, como la de Derma, que es verdad que, a través de la teledermatología, que, de hecho, se ha implantado, o sea, está implantada, no sé qué utilidad o qué utilización, mejor dicho, se está haciendo de la teledermatología, porque yo soy una de las personas que están esperando, llevo cinco meses esperando al dermatólogo por una mancha en una uña. Quizá desde Atención Primaria, con la teledermatología, que sé que está implantada, se podía haber solucionado de una forma más ágil. Luego, nos parece importante destacar la labor que puede jugar en la reducción de listas de espera toda la parte tecnológica y las interconsultas no presenciales.

Eso como primer bloque. Como segundo bloque, más allá de las agendas está la propia lista de espera y la demora media, y aquí sí que para nosotros nos parece fundamental algo que también han destacado ustedes, y es que no se está cumpliendo con el principio de equidad de acceso a la atención entre las distintas áreas sanitarias, incluso dentro de las propias área sanitaria. Es verdad que hay inequidades en las áreas sanitarias a la hora de esperar al especialista, y ustedes destacaban una de las evaluaciones que han hecho, concretamente de Oftalmología, cómo dentro de la propia de área de Pamplona ha habido navarros y navarras privilegiados que, con muy poca espera para el especialista, han ido a la Clínica Universidad de Navarra, les han derivado ahí, sin embargo, navarros y navarras de la zona de Tafalla estaban esperando muchísimo más y no han ido. Esas inequidades, a nosotros nos parece también algo que hay que corregir sin ninguna duda.

Se hablaba, dentro de las inequidades también —claro, al final, esto responde a algo—, de los especialistas por mil habitantes y, claramente, hay una zona, que es la zona de Estella, que queda mal tratada —entiéndanme la palabra— en cuanto a la contratación de especialistas y en cuanto a los especialistas por mil habitantes. Mientras la población de Estella se ha incrementado en la misma medida que se ha incrementado la de Pamplona, en Pamplona ha habido un incremento

porcentual importante de especialistas y en Estella no. Con lo cual, ahora mismo están con menos especialistas por mil habitantes que el resto de las zonas.

En relación con los recursos para reducir las listas de espera, hablaban de contratación de personal, han dado cifras de cinco años, del 2018 al 2022. En la contratación de personal, a mí personalmente me llama la atención, aunque no me voy a meter en ello, porque quizá es muy técnico, pero que el mayor volumen de contrataciones sea del nivel C y D, para reducciones de listas de espera, no termino de encontrar la relación.

En cuanto a las peonadas, aquí sí que hacen una evaluación muy en detalle, y aquí sí que creo que es otro de los elementos importantes. En cuanto a peonadas, nos hemos gastado 6,6 millones en cinco años, esto sale a una media, aproximadamente, de 1,4 millones. Sí que tengo que decir que, en este año, esos 1,4 millones ya estaban gastados en agosto en peonadas. No tenemos cifras, pero veremos cómo cerramos el año. Luego, este año es un año de récord, sin ninguna duda, en peonadas, y es un año de récord en derivaciones a la privada. Ahora lo nombraré también.

Creemos que tiene que haber un mayor control. Ustedes lo dicen en el informe, claro que tiene que haber un mayor control de las peonadas. Han destacado algunos aspectos erróneos que se han encontrado. Es verdad que luego también el informe que hace el Servicio Navarro de Salud un poco intenta justificarlos, pero está encima de la mesa el tema del fichaje. Los profesionales de la salud son como una especie casi en extinción, que no fichan, a pesar de la normativa que les obliga, pero creemos que, al final, el control tiene que ser necesario, porque es una empresa muy grande, con miles y miles de trabajadores, y el control es fundamental.

En el tema de derivación a la privada, también 6,2 millones de euros en cinco años, pues llevamos gastados en lo que llevamos de legislatura, no, miento, en agosto llevábamos gastados 1,4 millones en la CUN y 300.000 de colonoscopias en San Miguel por listas de espera, con lo cual, son 1,7 millones, sobrepasamos lo anual.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Señora San Martín, siento interrumpir su interesante disertación, pero debe ir acabando.

SRA. SAN MARTÍN RODRÍGUEZ: Voy terminando. Simplemente quiero decir que compartimos cien por cien que esto no se trata de una inyección económica, bajar las listas de espera y esperar, sino que hay que hacer algo que usted ha dicho que es muy obvio, y todos entendemos que es muy obvio, pero que no se hace, es decir, que falta mucho recorrido, —no voy a decir que no sea hace— falta mucho recorrido hasta llegar a verdaderamente prevención y promoción de hábitos de vida saludables, empoderar a los pacientes, que el paciente no tenga que acudir al médico, que el paciente sepa gestionar su enfermedad, que sepa manejar sus cuidados y que no sea necesario que vaya al médico, porque, al final, lo más importante es bajar la demanda que tenemos actualmente de pacientes en Atención Primaria, que no es capaz de resolver, otro gran problema de Atención Primaria no es capaz de resolver, y suben al especialista. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Muchas gracias, señora San Martín. A continuación, por parte de Euskal Herria Bildu tiene, señor González, diez minutos.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Mila esker, lehendakari jauna. Esker mila zuen azalpenengatik Muchas gracias por las explicaciones al Presidente de la Cámara de Comptos y a su equipo. Para nosotros, la lectura del informe nos generó una serie de dudas y algunos datos que pensábamos que eran algo incongruentes y que podían deberse a otras explicaciones que no encontrábamos, y voy a intentar ir detallando.

La evolución de la plantilla de facultativos en Osasunbidea pasa, del 2018, de 1.129 a 1.227 en el año 2022, es decir, crece un 9 por ciento y, sin embargo, la población a la que atiende no crece más que un 2 por ciento. Desgraciadamente, la actividad que genera ese 9 por ciento más de plantilla de facultativos es mucho menor, un 7 por ciento menor que la que se generaba en 2018. No le encontramos explicación. Pensamos que 2022 ya era un año sin covid, o con una covid controlada, y creemos que probablemente pueda deberse a otro tipo de explicaciones. No sabemos si hay gran cantidad de absentismo, si hay personas de este colectivo que estén con jornadas reducidas, con excedencias. Pensamos que, probablemente, tenga otra explicación.

En cuanto a las medidas, sí que vemos el efecto que tienen las distintas medidas, ya sea la contratación de personal, ya sean las peonadas, la productividad o ya sean las derivaciones, tienen efectos distintos, a nuestro entender, en la evolución de las listas de espera, y así, por ejemplo, en el 2018 se decidió contratar bastante más gente que el resto de los años. ¿Cuánto? Bueno de los 6 millones largos que se han utilizado para contratación —6,4 millones, me parece—, casi 4 millones se dedicaron a contratar en el 2018.

Eso hizo que en 2018 la lista de contratación se redujese de una forma importante. Sin embargo, en 2022 el dinero que se dedica para contratación se reduce a un 30 por ciento de esta cantidad, a un millón de euros, y las listas de espera se disparan. Nos parece que puede ser una coincidencia, pero nos parece que puede haber cierta relación.

También vemos cómo pasa lo contrario con la actividad extraordinaria, con las peonadas. En 2018 se dedicaron 731.000 euros para jornadas extraordinarias, horas extras, y, sin embargo, en 2022 se dedicaron 2.263.000 euros, es decir, se multiplicó por tres lo que se dedicó a peonadas, en lugar de a contratación de personal. Sin embargo, las listas de espera crecieron de una forma importante. Creemos que también puede tener alguna relación, porque entendemos que, cada vez que se hacen unas jornadas extraordinarias, se generan a veces peticiones, y hay un principio que a mí me gusta exponer de vez en cuando, y es que, en salud, como en cualquier otro sector económico de servicios públicos, no somos ángeles. Es decir, si hay una posibilidad de mejorar mis salarios, mis condiciones y tal, obviamente que voy a estar tentado de utilizar esos recursos, y más cuando igual en mi entorno también se están utilizando, y vemos que a veces se toman decisiones de atención, seguramente que con la mejor voluntad, pero no con el mejor criterio resolutivo ni económico, y ahí creemos que habría mucho también que analizar, sobre todo por dos cuestiones.

La primera, porque vemos que las listas de espera en las especialidades que tienen consultas, digamos, hay consultas en la sanidad privada, se disparan, mientras que en otras especialidades que no existe la especialidad en la sanidad privada, no se disparan las listas de espera, y nos llama la atención este tipo de circunstancias, de cómo se distorsiona a veces.

Por ejemplo, en Traumatología podemos tener, creo que es el número de especialistas más alto de todo el Estado por mil habitantes y, sin embargo, tenemos unas listas de espera disparadas, y no tiene una explicación porque los navarros y navarras tengamos unas patologías traumatológicas por encima del resto de la población del Estado. Es decir, tiene que haber otra explicación, y solo tengo la duda.

En cuanto a la productividad, creemos que en el informe se hace referencia a que en esas revisiones que se hacen de los planes de reducción de listas de espera se dan una serie de irregularidades o incidencias, aunque se supone que se están corrigiendo, pero que nos dejan también otra duda, y es que tenemos por lo menos constancia de que los equipos que actúan a veces en algunas intervenciones, ya sea en peonadas o sea en jornada ordinarias, son diferentes, es decir, hay más equipo para las jornadas extraordinarias que para las ordinarias. No le encontramos explicación. Igual la tiene, no lo sabemos. Pero eso hace que el gasto se multiplique.

Tampoco entendemos el crecimiento de las pruebas diagnósticas, es decir, estamos haciendo un 7 por ciento menos de actividad y, sin embargo, se nos disparan los pruebas diagnósticas. Parece que hace falta —entendemos nosotros— algún tipo de guía o protocolo estandarizado para que nuestros profesionales controlen o apliquen de la forma más rigurosa, tanto médicamente como económicamente, este tipo de pruebas, y algún conflicto ha habido con algunas determinaciones que se utilizaban para ciertos diagnósticos, y que se consideraba que no eran necesarios. Creemos que ahí hay mucho que hacer, porque no entendemos que se disparen las pruebas diagnósticas cuando la actividad ha caído. No lo entendemos.

En cuanto a las derivaciones, no somos capaces de determinar qué capacidad resolutiva tienen estas derivaciones. Sí que hemos visto que todas las derivaciones van a la Clínica Universitaria de Navarra, me imagino que por la disponibilidad que tiene de recursos, y la mayoría de estas derivaciones es para intervenciones quirúrgicas. Entendemos que probablemente sea el fin de un procedimiento diagnóstico, y luego ya con la posible solución, que es la intervención. Pero nos gustaría saber si hay algunos indicadores de la capacidad resolutiva, de si esos pacientes vuelven otra vez a las listas de espera del Servicio Público de Salud, o si salen o se desactivan de esas listas de espera. Sobre todo, por la cantidad de dinero que se ha utilizado. Solo para intervenciones, estamos hablando de cuatro millones y medio de euros los que se han utilizado en este período.

Luego, me resulta llamativo, de forma importante, que la inmensa mayoría de estas derivaciones de intervenciones las genera el Hospital Universitario de Navarra. Mientras que creo —a mi entender— que tiene unas instalaciones quirúrgicas o unos quirófanos importantes y, comprobando un poco la actividad o la productividad de esas instalaciones respecto a otras comunidades de nuestro entorno, vemos que la actividad que se genera es bastante más pequeña que en otras comunidades, de una forma curiosa.

Creemos que lo que denota es una falta de organización a la hora de rentabilizar una infraestructura, como es la de quirófanos, que es muy importante, y que también pensamos que igual el problema para no poder sacarle mayor rendimiento es el número de camas quirúrgicas disponibles, es decir, el número de camas que tenemos para que los pacientes, cuando son intervenidos, luego se queden ingresados durante el tiempo imprescindible.

¿Por qué? Probablemente porque se han reducido muchísimo las camas hospitalarias. Navarra es una de las comunidades con menos camas hospitalarias públicas, muchísimas menos que lo que sería la media a nivel europeo, y eso hace que, de repente, si la actividad quirúrgica es alta, bloquee las zonas de hospitalización e impida seguir manteniendo esa actividad, digamos, de crucero.

Nos llamó muy poderosamente la atención la caída de actividad quirúrgica del García Orcoyen, del Hospital de Estella. No sabemos qué justificación tiene. También la caída de actividad de consultas. Otra cosa que era llamativa, cómo esa caída de la actividad de primeras consultas en el García Orcoyen tenía un efecto curioso, y es que la bolsa de espera de revisiones y tal no crecía, mientras que en el hospital universitario y en el hospital de Tudela, claro, es decir, ¿cómo conseguimos reducir las listas? No hacemos actividad, y no tenemos listas. Es algo curioso, porque me parece que no sería eso, lo normal sería que, si no hay actividad, esas personas que están pendientes de revisión sigan estando ahí. Me llamaba la atención.

Bueno, luego es llamativa también la actividad que se genera en algunos servicios —ya termino—, entre servicios similares, y la actividad, yo repasando los datos de las memorias de actividad de Osasunbidea, los datos eran realmente curiosos entre servicios similares, y veíamos que tenían difícil explicación, y la única explicación es, o porque el personal ha tenido algún problema, ha habido algún conflicto interno que ha hecho que la atención o la organización interna se haya deteriorado, o no entendemos explicación de por qué en unos servicios se genera muchísima más actividad que en otros, cuando son, en cuanto a número de personas, muy similares.

Poco más. Por lo menos, la conclusión que sacamos nosotros con el informe es que esta caída de actividad y este incremento de las pruebas diagnósticas que estamos sufriendo, lo que denotan para nosotros es una caída de la capacidad resolutiva de la primera consulta, y hasta qué punto, porque vemos que hay una evolución importante en los últimos años, que se ha pasado de tener 1,5 consultas sucesivas por cada primera hace unos años, a tener 2 consultas sucesivas por cada primera.

Para nosotros es evidente que no es que haya un empeoramiento de la salud de la población, sino que, probablemente, hay un cambio de criterio en los equipos asistenciales que hace que el procedimiento de diagnóstico se vaya alargando, y creemos que convenía hacer una reflexión en ese sentido. Pensamos que habría que tomar medidas para mejorar, desde luego, esa capacidad resolutiva de las primeras consultas y, probablemente, alargando plazos, facilitando otro tipo de apoyos que vemos que faltan.

Luego, sobre todo señalar la alta rotación. Hay cosas que, para nosotros, son evidentísimas. Es decir, estamos sufriendo una temporalidad muy alta. Yo creo que ya era en el 2012 la Cámara de Comptos señalaba…

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Gracias por ahorrarme la advertencia, señor González, pero ya me lo ha dicho hace dos minutos veinticinco.

SR. GONZÁLEZ MARTÍNEZ: Vale. Termino. Creemos que es un problemón, y que este período que estamos viendo, de estabilización de plantillas con toda la movilidad que está suponiendo, no está ayudando en nada, desde luego, a que la productividad sea buena. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Muchas gracias. A continuación, durante diez minutos tiene la palabra la señora Esporrín, en nombre del Partido Socialista.

SRA. ESPORRÍN LAS HERAS: Muchas gracias, Presidente. Buenos días, egun on. Cómo no, he de agradecer, en primer lugar, al señor Cabeza toda la exposición que nos ha hecho de este interesantísimo estudio, y también a todo el equipo que ha colaborado sin duda en la realización de este estudio. Creo que viene muy bien, porque es verdad que todos conocemos las listas de espera, se van publicando periódicamente en los medios de comunicación, pero, analizar según unos criterios más objetivos cómo ven ustedes, cuál es la causa de que hayamos llegado a esta situación, la verdad, yo creo que es de agradecer, y habrá aspectos que se compartan más o menos, pero son interesantísimos y merece la pena hacerlo. Por eso se lo agradezco doblemente.

También quería decir, en primer lugar, que la sanidad navarra no es un desastre. Estamos todo el día hablando de esta cuestión y parece que se disfruta diciendo lo mal que estamos. Tengo que decir que, desde luego, el servicio de urgencias es genial, es buenísimo, y esto también hay que tenerlo en cuenta, porque muchísimos pacientes van a urgencias y son atendidos inmediatamente y con una calidad muy alta, y eso hay que ponerlo en valor.

Sí que es verdad que estas listas de espera tan abultadas, al final, pueden generar que muchas personas puedan acudir al servicio de urgencias no estando justificado para ello, y ello probablemente lo dificulte, pero, en cualquier caso, hay que decir que la atención sanitaria en Navarra no podemos decir que es pésima, porque no se ajusta a la realidad.

Luego también yo quiero decir que estamos en un inicio de legislatura donde hay unos nuevos equipos, donde también están haciendo estudios nuevos que van a intentar conseguir unos planes nuevos, que seguro que esperemos que obtengan resultados, y que eso nos lleve a unos mejores datos de listas de espera. Pero las listas de espera, la verdad es que no van a desaparecer, siempre van a estar ahí. En el momento que surgen peticiones continuadas que no se pueden atender, las listas de espera van a estar ahí, pero es responsabilidad de todos y todas y, sobre todo, las personas que trabajan en sanidad y las que gestionan, por supuesto, el que estas listas de espera sean lo menores posible.

Sí que es verdad que, para mí, hay un aspecto que ha influido determinantemente en que se vayan incrementando, que es la covid. Eso ha sido un cambio, ha sido un cambio en la manera de trabajar en la Atención Primaria y, probablemente, también en la especializada, y esto está contribuyendo a que las listas se incrementen todavía más.

Comparto lo que se ha dicho también en relación con la contratación, pero es que, la contratación, tenemos que tener en cuenta que no es fácil. No hay médicos especialistas para empezar a intervenir rápidamente o para atender a cuestiones muy específicas, ni de Enfermería tampoco. Entonces, tampoco la contratación a veces es la solución.

Las pruebas diagnósticas, ¿de acuerdo a qué se incrementan? Porque, en función de que van avanzando las pruebas diagnósticas, se mejoran y se obtienen mejores resultados, lógicamente, los médicos o los profesionales que las piden, y que diagnostican y que tienen que tratar, tienen que estar más convencidos y más seguros de todo lo que se hace, y más hoy en día, con tantos juicios que hay. Es lógico que se pidan, cuando más allá, más se pedirán, y entonces eso también entorpece.

No me sorprende que el tema quirúrgico, en líneas generales, esté mejor que las listas de primeras consultas, porque, efectivamente, si esas listas de primera consulta se agilizaran mucho de repente, el atasco estaría más adelante, porque todas las intervenciones no serían posibles de llevar a cabo, y se atascaría ahí. Por tanto, tendríamos ese otro problema.

El abrir las agendas, como se decía, con menos tiempo de tres meses, como es una de las soluciones que ustedes aportan, sí que lo veo interesante, pero tenemos que tener en cuenta que el problema está en que cada vez tenemos los trabajadores y trabajadoras más derechos a retribuciones en tiempo, y en los canosos que se han incorporado y demás, y entonces, eso dificulta para hacer una previsión a tan largo plazo. Entonces, estoy de acuerdo en que se ha de reducir, pero también hay que reconocer que ese aspecto no es fácil.

Sí que vemos importantísimo reforzar la Atención Primaria. Otra cuestión, que volvemos al problema de la contratación, que tampoco es fácil, porque muchas personas no quieren ir a trabajar a Atención Primaria, y menos a las zonas más distantes o que tienen puestos de más difícil cobertura. Entonces, eso lo tendremos que seguir trabajando, pero no es fácil.

Abogo también por reforzar las interconsultas no presenciales, a veces, y también dar más medios a Atención Primaria, pero es verdad que, en ocasiones, nos encontramos con que tienen unos medios más sofisticados y que no pueden ser utilizados quizás por falta de formación o falta de tiempo para formarse, que ese es otro problema.

Lo mismo sucede con la Cirugía Menor Ambulatoria, que sería muy interesante, porque, lógicamente, puede evitar que esa persona siga en lista de espera, pero tampoco se practica demasiado. Sí que también nosotros pensamos que debería tener Enfermería más competencias, sobre todo en relación con el tratamiento de los pacientes más crónicos, que esto, sin duda, también aliviaría las listas de espera.

Lo que es importantísimo será valorar mediante el cumplimiento de objetivos el cumplimiento de resultados, aumentar los controles. También estamos de acuerdo en que es importantísimo, sobre todo, en lo que hace a las peonadas, y también en lo que hace a las listas de espera. Por lo visto, si en ocasiones se pide una segunda consulta a un mismo paciente, puede aparecer dos veces en la lista de espera, y también es difícil decir, cuando se cambian los motivos por los cuales un paciente no va o se le adelanta, pues no pueden ser registrados, también hablaban en el informe de alegaciones sobre los temas de confidencialidad, pero, bueno, sí que es verdad que en eso hay que mejorar para que esas listas, que no son estructurales, sean cada vez menores.

Nos parece importantísimo el garantizar la respuesta adecuada según las leyes en los tiempos de espera, porque una persona que está esperando, tenemos que tener en cuenta que no

solamente le afecta a él, sino también a su familia, al trabajo y, sobre todo, al bienestar de las personas, hacer el cumplimiento de la normativa legal en ese sentido.

Habrá que solucionar lo que he dicho, la espera en pacientes, separar los pacientes de la lista estructural de la no estructural, entendiendo la dificultad y, sobre todo, también simplificar el sistema de citas y agendas. Hemos comprobado que, efectivamente, solamente en Pamplona hay mil seiscientas quince agendas abiertas. Por tanto, el poder tener una facilidad para citar en tanta agenda, entendemos que no tiene que ser fácil. Por eso habrá que agilizar la situación también de alguna manera.

De las listas de espera, hablaban también de la importancia de la equidad entre áreas, pero, si comprobamos qué corresponde a cada área, vemos que es, efectivamente, muy diferente. Por tanto, entiendo que es muy complicado el tener equidad en zonas de áreas tan diferentes, que no son iguales, y luego, sobre todo que, en la zona de Pamplona, donde se acumula toda la zona norte, que eso ya no es Pamplona y comarca, sino que es gran parte de la Comunidad, y luego es donde tenemos el hospital terciario y los aparatos diagnósticos más importantes y más sofisticados, y necesarios en muchas ocasiones. Por tanto, lo que se genera en esta zona no corresponde solamente al área de Pamplona y comarca.

Tenemos que tener en cuenta que, claro, han aumentado las listas de espera por lo que se comentaba también, por el aumento de personas que tengan derecho a una atención, por el incremento de la edad de la población, por las pluripatologías que esas personas tienen. Se vive mucho, pero, lógicamente, con más enfermedades, y eso también tenemos que tenerlo en cuenta, más allá del covid, que, como he dicho al principio, también sería uno de los motivos por los que aumenten tanto.

En cuanto ahora, a la actualidad, ¿qué vamos a hacer? Tendríamos que hacer un nuevo plan de listas de espera que intente resolver, ver los resultados, desde luego, cumpliendo los objetivos que se programan y también evitando irregularidades y deficiencias del sistema, como se ha comprobado que se hacen en los controles, por ejemplo, de quién hace las peonadas, de cuántas peonadas. Luego se comprueba que eso no se ha hecho exactamente así, por eso es necesario un control, un control de presencia y un control de revisión de quirófanos y demás, y todas las exploraciones que se hacen.

En definitiva, lo que yo creo que sería muy importante es insistir en la mejora de hábitos saludables, en la mejora de la educación para la salud, que eso —importante, nuevamente—, desde Atención Primaria es donde hay que hacerlo, porque lo que queremos conseguir es añadir vida a los años, y no años a la vida y, sobre todo, vivir muchos años, pero con calidad de vida, y eso, sin duda, repercute en cómo funciona el sistema sanitario.

Para que esto salga bien, creo que es fundamental que trabajemos todos coordinadamente, desde los trabajadores sanitarios hasta los sistemas de gestión que tengan una conexión íntima y que, desde luego, todo se haga hablando con los profesionales, que son los que luego van a llevar estas soluciones adelante. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Muchas gracias, señora Esporrín, por los buenos deseos y por su ajuste al tiempo. A partir de ahora tiene la palabra la señora Aramburu, en nombre de Geroa Bai. Diez minutos.

SRA. ARAMBURU BERGUA: Egun on guztioi. Mila esker Cabeza jauna, Contreras jauna eta Moreno andreari etortzeagatik. Mila esker egin duzuen lanarengatik. Azterketak eta txosten honek oso ongi azaltzen dute nolakoa den eta noraino ailegatzen den itxaroten zerrenda egoera, beraien kausak eta behar diren konponbideak.

El informe, desde luego, aporta, como suele ser habitual en la Cámara, los datos que vuelven a confirmar la impresión que teníamos y la posición que teníamos en Geroa Bai, de que las listas de espera existentes a día de hoy son inadmisibles. Yo no voy a entrar en la guerra de cifras, si son estas o las otras, un día u otro, pero la verdad es que un crecimiento de un 29 por ciento de las listas en el período estudiado es, como digo, inadmisible.

Creo que todos estamos de acuerdo en que las listas de espera son un problema estructural, pero la Cámara cita las causas que pueden ser más cercanas o más específicas del período analizado, y concreta en las consecuencias de la pandemia, en el incremento del 2 por ciento más de población con derecho a asistencia sanitaria y a un aumento de la demanda, y al envejecimiento de la población.

Creo que es imposible distinguir cuánto contribuye cada uno de estos factores al incremento de las listas de espera. Evidentemente que, como digo, se reconoce que son estructurales, y por eso vemos bien la recomendación de la Cámara de Comptos de hacer un análisis exhaustivo de las causas que han llevado a esta situación en las listas de espera, pero, eso sí, sin dejar de poner en marcha, como ya se está haciendo, medidas para reducir estas listas de espera, medidas como evaluar, en primer lugar, la actividad y la eficacia de todos los recursos existentes ahora, incrementándola en todo lo que sea posible, aumentando también la oferta de servicios en todo lo que se pueda, e implementando después otras medidas similares a las que se han implementado ya en el período analizado por la Cámara.

En primer lugar, contratar a todos los y las profesionales que sea posible, después, hacer uso de las jornadas extraordinarias, de las peonadas, y, finalmente —o posteriormente—, las derivaciones a la sanidad privada.

En el período que analiza el informe, estas medidas, si hablamos del gasto, han tenido un gasto total de 21,3 millones, se dice, destinados a la contratación de profesionales un 39 por ciento; a las jornadas extraordinarias un 31 por ciento, y el 30 por ciento a derivaciones a la Clínica Universitaria Universidad de Navarra.

Entendemos que también en este caso es muy difícil el valorar si la proporción que se ha destinado a cada una de estas medidas es la correcta o no es tan adecuada, máxime si tenemos en cuenta todo lo que ha condicionado la covid. Pensamos que eso ha sido muy importante y definitivo seguramente en las medidas, porque cambió el panorama completamente, como sabemos.

Pero sí que nos parece que son destacables, por lo negativas y por lo preocupantes, las disfunciones que el informe señala en la aplicación de todas estas medidas. Se concluye que sí

existe un procedimiento para la gestión de listas de espera, pero que tiene también determinados incumplimientos. Entre ellos se cita la tardanza en la apertura de las agendas de las especialidades, los numerosos cambios solicitados por los servicios en modificaciones de turnos, por ausencia, falta de citación, etcétera.

También se señala que las aplicaciones informáticas que gestionan las listas de espera permiten que se cite a los pacientes sin respetar la antigüedad que tienen en la lista, sin que se señalen los motivos que lleva esto. Se presupone que son siempre criterios clínicos, pero no queda reflejado esto en las aplicaciones informáticas.

A nuestro modo de ver, estos incumplimientos y otros generan dos consecuencias importantes. La primera es que condicionan la actividad y aumentan carga de trabajo a esas ciento noventa personas que son las responsables de hacer las citaciones para las consultas y las pruebas, que tienen un papel clave, y esto dificulta su trabajo más, y lo más relevante, desde luego, es que se está incumpliendo los plazos de atención a los y las pacientes, sobre todo en consulta. Pensamos que esto es lo que más inadmisible hace las listas de espera, esos plazos que se están incumpliendo.

Se señalaba por parte del Presidente de la Cámara la importancia de la primera consulta en esta lista de espera, porque es el inicio de un proceso de atención. Es verdad que sí, pero yo quería también resaltar la importancia de los retrasos en las revisiones, una importancia que nos han trasladado en ocasiones las personas con discapacidad, que tienen enfermedades crónicas o discapacidad por problemas orgánicos. Realmente estos plazos de espera en las revisiones los viven con mucha angustia en esas situaciones de enfermedades crónicas graves.

La segunda conclusión, que nos parece muy preocupante, es que no se cumple el principio de equidad del paciente o de la paciente entre áreas sanitarias, entre Pamplona, Estella y Tudela. De hecho, se dice, dependiendo del área a la que pertenezca la persona, el tiempo de espera para la misma especialidad es diferente. Las tres áreas funcionan de manera independiente, sin que su gestión esté coordinada en cuanto a personal y recursos.

Por ejemplo, hay cosas llamativas, alguna ya se ha dicho. En 2022 se contrataron un total de ciento treinta personas, con un incremento grande, y en el área de Estella no se contrató a nadie. Ciento treinta en total, en el área de Estella a nadie.

Con respecto a la derivación a centros concertados, pues en todo el período se derivaron 3.721 consultas y, de ellas, el 71 por ciento provenía de la zona de Estella, del área de Estella, y solo el 28 por ciento de Pamplona. También nos resultan llamativas las incongruencias que señalaba el señor González, porque, de Estella, un 71 por ciento se deriva, en tanto que, en Pamplona, solo el 28 por ciento.

El informe plantea, ante esto, la necesidad de coordinar estas tres áreas. A nosotros nos sugiere esto la conveniencia, además de por otros motivos, por otros beneficios esperables, también para reducir las listas de espera, ir un poco más allá de la coordinación de estas tres áreas, y plantear un área única para toda Navarra, como está haciendo el departamento en este momento. Pensamos que esta podía ser una solución, o una parte de la solución también para las listas de espera.

Otro de los incumplimientos que ha habido, bueno, se ha dicho, en los planes de reducción de listas de espera, los que se han analizado se da desde que el personal que las realiza no sea el que estaba previamente previsto, que los tiempos que se justifican como que se han empleado en esas intervenciones no se correspondan tampoco con los planificados anteriormente ni con lo que se ha retribuido. Bueno, la conclusión de esto, desde luego, es que esto sucede porque no hay un sistema de control que permita verificar la presencia efectiva del personal en general, lo cual, también se dice en el informe, ya lo denunció la Cámara, ya lo recogió en el informe de retribuciones variables entre 2018 y 2019, y en el período estudiado, por lo menos, sigue. Esperemos que no siga por mucho tiempo igual sin que esto sea así. Nos parece que eso es algo incomprensible, que no se lleve un control sobre todo esto, y es algo que, sin duda, hay que modificar.

El informe recoge también otras, no sé si medidas, pero otras acciones que se han llevado a cabo para reducir las listas de espera, como los grupos de trabajo multidisciplinares que existen para establecer unos criterios más consensuados en las derivaciones, por ejemplo, entre niveles, o la revisión de las derivaciones que se hacen de Atención Primaria en la zona de Tudela, para ver si son lo más adecuadas que tienen que ser, o se está fomentando las interconsultas no presenciales, se está ampliando la capacidad resolutiva de la Atención Primaria, potenciando la capacidad de sus profesionales y dotándola de más medios para que puedan ir un poco más allí en sus intervenciones, se ha dicho, para la realización, por ejemplo, de cirugías menores locales, etcétera.

A nosotras nos parece, desde luego, que esto nos lleva a tener en cuenta la conclusión de la Cámara, en el sentido de que otras medidas, además de las que ya hemos citado al principio, como estas, que se han puesto en marcha más en relación con la Atención Primaria, tienen que generalizarse.

En términos generales, compartimos las recomendaciones de la Cámara, por supuesto, y comentando más concretamente estas recomendaciones, respecto a la necesaria coordinación entre las áreas, reitero lo dicho acerca del área única. En cuanto a las mejoras de las aplicaciones informáticas, en las alegaciones ya se cita que se ha registrado varias peticiones en relación con las aplicaciones…

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Señora Aramburu, tiene que ir terminando.

SRA. ARAMBURU BERGUA: Sí. Me corresponden dos minutos más, como a otros intervinientes. Creo.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Ya lleva uno.

SRA. ARAMBURU BERGUA: Uno. Con Leire y Prokirur, digo, las aplicaciones para corregir las deficiencias detectadas. Muy importante, fundamental, la cuestión de abrir las agendas con un mínimo de antelación de tres meses. Es —nos consta— una prioridad para el Departamento de Salud y, de hecho, ya se está procediendo a abrir esas agendas. Nos consta también.

Importantísimo se debe cumplir lo establecido con respecto a los planes de reducción de listas de espera, la intensificación del control, hay que intensificar estos controles de la presencia del personal y, en general, cómo se desarrollan estos planes. Por supuesto, nos parece fundamental

todo lo que tiene que ver con la reorganización de la Atención Primaria y su relación con la especializada, en ampliar la capacidad resolutiva de primaria, los criterios comunes, uniformes, lo que hemos comentado.

Finalmente, el informe también recomienda potenciar las labores de prevención de la enfermedad y los hábitos saludables para tratar de disminuir la demanda de atención sanitaria. Esto, desde luego, es una medida a largo plazo, pero pensamos que es una medida, no sé si decir la más importante, pero sí de las más importantes, porque, además de reducir las listas de espera, pensamos que son indudables los beneficios que tendrá en la salud de toda la ciudadanía, que, al final, eso sí es lo más importante y tiene que ser siempre lo prioritario. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Digo que ha batido el récord, dos minutos treinta. Pero, bueno, como le correspondían, según usted. A continuación, tiene la palabra la señora Royo, por parte del Partido Popular. Diez minutos.

SRA. ROYO ORTÍN: Gracias, Presidente. Buenos días. Primero, quiero agradecer tanto el informe como las explicaciones aquí dadas, porque con este informe lo que se viene es a confirmar un poco algo que sí que está latente en la sociedad navarra, que es que la sanidad tiene graves fallos, y lo que es más importante: es mejorable, y con este informe yo creo que esas dos cosas se confirman.

La sanidad es un derecho y es un pilar fundamental de nuestro Estado. Hasta tal punto que, si percibimos una mala sanidad, percibimos que estamos en unas condiciones en un estado de bienestar deficiente, y lo que es aquí, en sanidad en Navarra, vemos cómo, efectivamente, esa percepción de la sanidad ha ido empeorando en estos años.

Pero en este informe hay tres definiciones que claramente creo que sería importante resaltar. La sanidad, de alguna manera, ha perdido calidad. Ha perdido calidad en tanto en cuanto se han incrementado las listas de espera y, como si dijésemos *ceteris paribus*, permaneciendo todo lo demás constante, ya el mero hecho de que se hayan incrementado las listas de espera empeora la calidad del servicio.

Segundo, no se presta con la suficiente igualdad en las distintas zonas, con lo cual, quiere decir que hay ciudadanas y ciudadanos en unos sitios que disfrutan de una mejor sanidad que en otros sitios.

Tercero, y lo que resalta este informe, que lo que sí que parece que hay es una discriminación, dentro de las ciudadanas y ciudadanos, porque no se respetan las listas, con lo cual eso produce cierta injusticia, sobre todo a las ciudadanas y ciudadanos que les toca esperar porque se han saltado el sitio o el lugar o plazo que, en teoría, les correspondería.

Por otro lado, algo que se resalta también aquí, que podíamos habernos planteado que si el problema aquí era un problema de dotación económica. Pero lo que venimos a decir aquí es que dice este informe que no es un problema solo de dotación económica, que es un problema de eficiencia, con lo cual, también nos da un mayor margen de maniobra.

Los problemas son también de gestión. No se han utilizado los recursos económicos ni humanos de forma eficiente, y lo que nosotros podemos decir es que, con estos recursos, desde luego que se puede tomar medidas que mejoren la sanidad sin necesidad solamente de dotar el presupuesto con más recursos.

Las deficiencias vienen, sobre todo, por excesiva impersonalización, no se cumplen los procedimientos, no se puede comprobar, en el caso de que no se cumplan esos procedimientos, el motivo de los saltos, el tema de agendas y, sobre todo, el control de las peonadas.

Con lo cual, por nuestra parte, y visto el informe, nos lleva a las siguientes conclusiones: que es mejorable, que hay un responsable de esta situación que no deja de ser el Gobierno, porque, si no, ¿quién tiene la responsabilidad de estas deficiencias, que son mejorables, que no son solo presupuestarias? Evidentemente, el Gobierno es el responsable de esta situación. Y es evidente que no se puede seguir haciendo las cosas como se estaban haciendo hasta ahora, porque, si se sigue haciendo las cosas como se estaban haciendo hasta ahora, los resultados seguirán siendo los mismos.

Ahí es verdad que es importante que se tomen decisiones, primero, en el control necesario y fundamental que se tiene que hacer del personal y de las peonadas. También el control, si es solamente a nivel informático, de los saltos que son discriminatorios. Se tiene que trabajar también la prevención, y vemos cómo se está haciendo en otras comunidades de forma muy avanzada, y aquí no es que quiera poner, pero voy a poner en valor precisamente a una persona de aquí, de Navarra, que está en otras comunidades, en concreto, su padre vive en Tudela, es la doctora Tomás, que está implementando en otras comunidades proyectos muy importantes a nivel de prevención.

Entonces, yo creo que también, desde este Gobierno, se podían poner en contacto con otras comunidades, ver lo que se está haciendo en otras comunidades, en otros países, para disminuir y mejorar lo que es la sanidad. Bueno, esas serían un poco las medidas que nosotros vemos más importantes.

Nosotros entendemos que el Gobierno debe cambiar la gestión. Es su responsabilidad. También la responsabilidad nuestra, de la oposición, de trabajar y hacer también propuestas constructivas y, desde luego, vamos a estar muy atentos porque la sanidad, como ya he dicho, es un derecho y un pilar fundamental de nuestro estado de bienestar. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Muchas gracias, señora Royo. A continuación, por parte de Contigo-Zurekin, señor López, tiene diez minutos.

SR. LÓPEZ CÓRDOBA: Mila esker, lehendakari jauna. Muchas gracias por la exposición, sobre todo porque es un tema complicado, un informe denso, y aunque una primera lectura te arroja luces, sin duda, es mucho más claro cuando te lo desglosan y te lo explican como lo han explicado.

Yo no voy a ser tan atrevido como algunos compañeros y compañeras de esta Comisión para llegar a conclusiones, porque también opino que se pueden torturar los datos de muchas maneras, y aquí hay muchos datos y se pueden coger los que nos interesan o los que no nos interesan. En lo que sí que me voy a centrar, voy a plantear una serie de dudas para intentar

entender mejor el informe, con su permiso y, sobre todo, para que nos ayude un poco en nuestra labor de control parlamentario.

En el informe que presentan, me gustaría que hicieran, si es que lo tienen estudiado o lo tienen trabajado, con más detalle, el arco de tiempo que abarca es de 2018 a 2022. Todos sabemos que en 2020 pasó algo inaudito, no solo en Navarra sino en todo el mundo, a todo el mundo le pilló con los deberes por hacer, que es la pandemia, y en su informe hablan del número de registros de lista de espera, que subió casi un 30 por ciento desde la situación prepandemia 2018 hasta la situación postpandemia 2022. Pero, sin embargo, cuando hablan de esos datos solamente en postpandemia, del 2021 al 2022, hablan de un 5 por ciento, o sea, son casi veinticinco puntos menos.

En ese sentido, era más que nada, como ustedes proponen soluciones, propuestas de reducción, no sé si lo han hecho contando con esa distorsión o es un dato que, obviamente, como a todo el mundo, distorsiona tanto los datos que quizá no se puede valorar.

Cuando hablan de una excesiva personalización de los criterios de citación, hablan que dificulta la programación de la actividad, ¿estamos hablando de especialistas o de Atención Primaria? Porque me ha parecido entender al principio que han dicho que se han centrado en la Atención Especializada No Urgente. Yo pregunto esto porque, en lo que llevamos de legislatura, se ha puesto mucho el foco en la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema, que creo que usted también lo ha comentado, e incluso en las conclusiones del objetivo número tres hablan de que las medidas de coordinación en Atención Primaria han conseguido mejoras en la reducción de espera. Es por saber un poco dónde centrar el foco de atención.

Hay conceptos que ya me disculparán que yo haga preguntas que a lo mejor otros las tienen muy claras. Pero, bueno, estamos aquí para esto. Cuando hablan del número de agendas excesiva, entiendo que las agendas son las citaciones que cada facultativo hace, si no me equivoco. Recomiendan abrirlas con tres meses, pero hablan de un número excesivo. Quiero decir, yo entiendo que está bien abrir a tres meses si eso ayuda a que cada facultativo programe, pero entiendo que lo que hay que hacer es que se reduzcan. No sirve de nada que se abran con tres meses, si cada mes vamos a seguir teniendo, ¿cuántos han dicho, dos mil quinientos me ha parecido que ha…? Sí, por ahí, ¿no?

Luego, hace una diferenciación, hay profesionales y genéricas. Yo no sé cuáles son las que más disfunciones hacen. Entiendo que las profesionales, un profesional va citando, y puede organizarse la agenda, y que igual las genéricas son las que generan más distorsión dentro del sistema de listas de espera. Si tienen ese dato, me gustaría conocerlo.

No voy a repetirme con cosas que ya se han dicho, así que voy a saltarme varias cosas, por ser breve, que el señor González lo agradecerá. Cuando hablan del sistema informático, hablan de varias aplicaciones, Leire, Prokirur, Atenea. Estas aplicaciones, ¿son exclusivas de Navarra? ¿Vienen de otras comunidades? ¿Son del ministerio? Lo digo porque lo desconozco y, a veces, se ha comentado como que se tienen que hacer mejoras en el sistema informático y, claro, si es propio de nuestra Comunidad, entiendo que es algo que se puede hacer, pero, si no, bueno… Es por conocer, sin más, cómo estamos.

También nos ha hablado de las listas estructurales y no estructurales, y me ha parecido entender que no tienen datos para discriminar cuál es cuál. O sea, al ministerio —así lo pone en el informe— se mandan sin diferenciar, pero esos datos, entiendo que el Servicio Navarro de Salud los tiene, ¿o no los tiene? Creo que ese dato es importante. No creo que sea muy significativo dentro de los números de los que estamos hablando, pero sí es significativo en el sentido de que usted misma en su recomendación dice que la responsabilidad no solo es del Gobierno, sino que también de los facultativos, incluso del paciente, y si las no estructurales forman parte de la responsabilidad del paciente, creo que es un dato que estaría bien conocer.

Otra duda que me ha surgido. Cuando hablan de los recursos económicos dicen que disminuyen las listas de espera, pero que puede provocar un efecto rebote. Como no lo entiendo, les pregunto por qué. Igual lo puedo entender en las derivaciones a la Clínica Universitaria, porque las revisiones, a lo mejor, luego vuelven al Servicio Navarro de Salud, pero tengo aquí las mismas dudas que el señor González. Pero ¿en contrataciones también? Quiero decir, una de las cosas de las que se quejan es de que si nos faltan especialistas, que si nos falta gente en Atención Primaria. Igual es que no he interpretado bien el dato. Como ya les digo, yo vengo aquí a que me expliquen mejor.

También lo digo porque, si de verdad hay una inyección de dinero, como ha afirmado la señora San Martín, bueno, primera noticia, —gracias por darnos esa primera noticia— esos tres millones que ha dicho, pues habrá que estudiar bien el destino de esos recursos económicos.

A ver, aportan una serie de medidas, me resultan todas muy interesantes. Yo echo de menos una, quizá, que es la trazabilidad y detección de cuellos de botella, que creo que es una medida que se tendría que tomar o, a lo mejor, lo tienen definido en el informe y no lo he encontrado. Sobre todo, para saber dónde acometer medidas más precisas, y aquí sí que estoy hablando de especialidades, de ciertas especialidades que igual tienen más cuellos de botella que otras.

Cuando hablan del principio de equidad, hay una cosa que también me ha llamado la atención. Dicen que no es concluyente porque no se conocen los criterios con los que se permite citar a pacientes sin respetar la lista de espera. Pero esto, entiendo entonces que lo que sí que quiere decir que un médico puede coger y saltar puestos a un paciente. ¿Es correcto? Ah, vale. Sí, con su respuesta ahora ya me vale. Como han hecho incidencia en ello, era por entenderlo bien.

Acabo. Yo entiendo que el análisis y las conclusiones responden a un momento ya pasado, y que lo que tenemos que hablar ahora es: y ahora, ¿qué? Entendemos todos que la sanidad es mejorable, siempre va a ser mejorable, por muy bien que estemos, siempre vamos a querer estar mejor. Las soluciones que aportan, debo decir que nuestro grupo las comparte. Yo imagino que el departamento, algunas de ellas, por los datos que han ido dando, ya las tendrá en mente y las tendrá que poner en marcha y, sin más, quiero agradecerles la información, y seguiremos con atención las medidas que el departamento ponga en marcha, tanto si son como las que ustedes recomiendan como si son otras. Eskerrik asko.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Muchas gracias, señor López. Para terminar el turno de portavoces tiene la palabra la señora Nosti, por la agrupación de parlamentarios de Vox, durante diez minutos.

SRA. NOSTI IZQUIERDO: Hola, buenos días y bienvenidos todos. Me ha gustado mucho la exposición que han hecho ustedes del informe que ha realizado, y estoy de acuerdo con las conclusiones, porque, además, estas conclusiones me hacen ver que, lo que yo pensaba de una manera medio objetiva-medio subjetiva, tenía yo razón. No las voy a repetir, porque cada uno de los representantes de cada uno de los partidos ha ido recalcando algunas de las conclusiones que ustedes han hecho o algunos de los defectos que se han encontrado en el control de las listas de espera, y entonces sería repetirme otra vez en todo el informe.

Quiero agradecerles su asistencia, decirles que estoy de acuerdo con las conclusiones que han llegado, y que espero que el Consejero de Sanidad que tenemos ahora, que siga estas recomendaciones y que vayamos viendo cómo la sanidad navarra vuelve a brillar como había brillado unos años antes. Muchas gracias, y nada más.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): Muchas gracias, señora Nosti. A continuación, vamos a ceder la palabra durante diez minutos a los representantes de la Cámara de Comptos, para que contesten a las dudas planteadas por los portavoces parlamentarios.

SR. PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sr. Cabeza Del Salvador): Gracias, Presidente. Creo que una de las recomendaciones que contenía el informe era analizar las causas, y me voy satisfecho de esta Comisión, porque realmente se ha hecho un análisis profundo de las causas, por lo menos de causas muy relevantes que inciden en la lista de espera, con lo cual, yo creo que vamos todos en el buen camino para intentar solventar este problema.

Aparte de una serie de cuestiones que contestará la auditora, sí que tengo que decir que el tema de Estella, la situación en la que está, es decir, no hay posibilidad de contratar, es la única área que ha reducido su número de personal facultativo, y eso, lógicamente, incide en todo, no solo en la actividad, sino también en las listas de espera y en derivaciones.

Otra cuestión es sobre el tema de peonadas. En principio, las peonadas solo se pueden hacer cuando no hay posibilidad de contratación temporal, sino el objetivo es siempre primero la contratación temporal y, en segundo lugar, las peonadas o complemento de productividad o jornadas extraordinarias.

El Orcoyen, el hospital de Estella, ya lo hemos comentado. En principio, lo del área única podría ser una solución. No sé, eso ya habrá que estudiarlo con mayor detenimiento. Sobre las preguntas que nos hacía el señor López, hemos intentado separar, aunque el análisis global 2018-2022, separar 2021-2022, por ser ya años postcovid, para ver en qué situación estábamos y ver si se estaba recuperando la actividad que se realizaba.

En cuanto al trabajo, sí que se ha centrado exclusivamente en atención especializada y, dentro de la atención especializada, la puerta son las primeras consultas, pero para especialista, no de Atención Primaria.

El número de agendas, sí que consideramos que es relevante. Manejar ese volumen de agenda, dos mil trescientas, más todos los pacientes que conllevan esas agendas, es un problema importante de gestión. Las aplicaciones son exclusivamente de Navarra.

El efecto rebote es que, si en principio aportas muchos recursos para reducir las listas de espera, se genera una situación —humana, lógicamente— de que empieza a funcionar la sanidad, de que ya no hay listas de espera, y la gente, el paciente, teóricamente, se apunta a mayor efecto de servicio médico, a mayor petición de servicio médico. Es una situación humana, pero que es cierta. Es decir, si inyectamos muchos recursos para hacer un plan de choque, nos podemos encontrar con que a corto plazo se puede reducir las listas de espera, pero a medio plazo tenemos el problema de que puede rebotarse esa…

Luego, sobre el tema del incremento de profesionales, pero, a la vez, de no incremento en igual medida de la actividad, yo creo que ahí influyen muchas causas. Influyen causas como todo el proceso de estabilización, que está alborotando a toda nuestra Administración en todos los órdenes, todas las medidas de conciliación, que también es un tema importante, incluso los canosos. Los canosos, a determinadas personas, determinados colectivos, les está suponiendo desde ocho o diez jornadas de vacaciones, lógicamente, que no se están aplicando al servicio sanitario en general, en este caso, que estamos centrados en el tema sanitario, pero que es un problema que tiene la Administración en general.

Es decir, son cuestiones que, como muy bien ha dicho el señor González, hay que desmenuzar y detallar, e ir meditando sobre ellas, y yo creo que aquí hemos hecho hoy una importante reflexión sobre posibles causas de por qué estamos en esta situación. Paso, con el permiso del Presidente, la palabra…

SRA. AUDITORA DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sra. Moreno Orduña): Buenos días. Egun on. No sé si tengo diez minutos, o cuento también en el tiempo del Presidente, pero voy a intentar contestar lo más rápido posible a las cuestiones que hayan podido quedar en el tintero. Voy a intentar ir un poco en orden, pero igual contesto a varias personas a la vez.

Ha surgido, creo, por varios de los portavoces, el tema de si el Servicio Navarro de Salud tiene los datos sobre consultas diferenciados en motivos estructurales y no estructurales, que creo que decían la señora San Martín y el señor López. A ver, el problema es que, cuando fuimos a revisar las listas de espera, nos decían: claro, no podemos dividir en primeras consultas, porque en intervenciones sí que se puede, por ejemplo, yo te llamo —os voy a hablar con ejemplos muy claros para que nos entendamos—, yo soy la persona que estoy citando, llamo a un paciente y le digo: «venga, para operarte este día», y me dice: «no, es que estoy de Erasmus, hasta que no vuelva, no puedo». Hasta dentro de nueve meses, por ejemplo.

Entonces, ¿qué pasa? Que, como la aplicación informática te deja que registres eso, o no, no tienen orden directa de decir que apuntes eso, o no, con lo cual, en algunos casos está ahí: «no citar —imagínense, si les han llamado en enero— hasta septiembre». Claro, esa persona está contando en la lista de espera, pero eso no es una causa achacable a mala organización del Servicio Navarro de Salud, o demás. Entonces, el Ministerio de Sanidad, tratando de diferenciar un poco esta cuestión, por eso en la normativa que tiene en el real decreto, dijo a las comunidades que remitieran exclusivamente los datos sobre listas de espera que eran achacables, por así decir, a cuestiones estructurales de los servicios de salud correspondientes de cada comunidad autónoma, para que no estuvieran contaminados con esos datos del paciente.

¿Qué problema tenemos? Que en Navarra no siempre se apunta. Entonces, ¿qué hacemos? Mandamos todos los datos. Entonces, yo desconozco, en otras comunidades autónomas, si lo mandan bien o lo mandan mal. Nuestros compañeros del Tribunal de la Cámara de Cuentas, de los Sindicatura de Cuentas de Cataluña, también detectaron lo mismo, que Cataluña también estaba mandando mal los datos, con lo cual, por eso no incluimos los datos en nuestro informe, a efectos comparativos, porque nos parecía que podía estar distorsionando cualquier comparación que hiciéramos en lo que respecta a los temas de Navarra. Eso, por un lado.

Por otro lado, las agendas, a mí, desde luego, viviéndolo con las personas que están en las unidades de admisión, me parece un tema superimportante, superrelevante, que, efectivamente, por contestarle un poco al señor López, los facultativos lo que hacen es, o las direcciones de los servicios médicos abren como un calendario, y dicen: «venga, para el mes de, ahora estamos en octubre, debieran hacer, con un mínimo de tres meses de antelación, mandar ahora». «Venga, para el mes de enero tengo a este personal disponible, este para consultas, este para pruebas, este para intervenciones». Ese calendario se lo mandan a las unidades de admisión, y son ellos los que citan. El facultativo no puede citar. Citan las personas que están en las unidades de admisión. ¿Que se lo pueden saltar? O sea, un médico no puede coger y hacer: «yo a este lo salto». Llama a la persona de admisión, y la persona de admisión le dice, porque imagínense, que es lo que comentaba el Presidente, que ha habido un empeoramiento en la salud del paciente y, obviamente, estaría justificado saltarlo en la lista, pero en la aplicación no se registra de ninguna manera, no tiene ningún campo previsto para ello.

Yo les decía, claro, me puedo, como los auditores, yo creo que no creemos ni en Dios —o algunos, ni en Dios—, necesitábamos justificación de las cosas, yo decía: claro, yo no voy a poder... Obviamente, seguramente estará justificado, pero ¿y si no? ¿Si es tu vecino y lo estás colando?

Entonces, claro, al no dejar constancia de las cosas, probablemente esté todo justificado, y por eso les instábamos a que, en la aplicación informática, pusieran alguna cosita para indicar. No —que comentaba la señora Esporrín— hace falta meter «esta persona ha empeorado y se le ha detectado», yo qué sé, para que se entere todo el mundo. Sin más, poner ciertos criterios: «por motivos médicos», y adjuntar no sé de qué manera… Eso ya que lo gestionen ellos. Pero, me refiero, de cara nosotros a poder dar una validación de si se estaba respetando o no el principio de antigüedad en la lista de manera adecuada, no podíamos llegar a una conclusión.

No hemos dicho, que creo que no sé qué… La señora Royo… que no se respeta el principio de antigüedad. Eso la Cámara no lo ha dicho, y en eso yo, como auditora… Hemos dicho que no podemos concluir sobre si se está respetando o no, que la conclusión es totalmente diferente. O sea, es decir, yo no tengo elementos suficientes para decir si se cumple o no, que no significa que no se esté cumpliendo debidamente. Lo que pasa es que, por las historias o los problemas de la aplicación, no tenemos datos suficientes que nos permitan decir con evidencia adecuada si se está cumpliendo o no.

Luego, en cuanto al tema este también, que les preocupaba a muchos de ustedes, que por qué se contrata temporalmente, por qué peonadas, por qué no sé qué, por qué no sé cuál. Como ha dicho el presidente, la primera medida a la que hay que acudir siempre es la contratación

temporal, antes que a peonadas y, de hecho, así como lo ha recordado él, solo se puede acudir a peonadas en caso de que no se haya podido contratar temporalmente a personas.

¿Qué nos pasa con los niveles, que decía la señora San Martín, es que hay muchos más de nivel C y D? Claro, es que no tenemos médicos ni enfermeras, que son nivel A y nivel B, para contratar. ¿A quién contratamos? A nivel C y D, que son auxiliares de Enfermería, son técnicos especialistas en Radiología. Es que tengo la chuleta, les he llamado, les he escrito a los técnicos para que me dijeran, que ya pensaba que era eso. Celadores, porque, por ejemplo, para todas las pruebas radiodiagnósticas, no está el facultativo, está un técnico especialista en Radiología, que son niveles C.

Para determinadas pruebas o en primeras consultas, por ejemplo, no siempre tiene que estar presente una enfermera, puede ser necesario, por especialidad, según qué especialidad esté, que esté una auxiliar de Enfermería, que es nivel C y nivel D. Entonces, claro, ¿qué pasa? Que no podemos contratar, ¿y a dónde acudimos? A peonadas. Para atender, por ejemplo, esa consulta que yo programo para la tarde no tengo cómo contratar un médico, porque no tengo un médico disponible, y acudo a las peonadas.

Si han visto, las peonadas las perciben un total de quinientas treinta y cuatro personas, de las cuales cuatrocientas setenta y nueve son médicos, y el resto son enfermeras. Claro, como no tenemos cómo contratarlos, puedo estar atendiendo en una consulta a la tarde a una persona para reducir listas de espera, con un médico que está haciendo jornadas extraordinarias, y con una auxiliar de Enfermería que le he hecho un contrato temporal. Estamos haciendo la actividad, pero de dos maneras diferentes.

El problema de falta de especialistas en Estella, creo que ya ha hecho referencia el Presidente. Luego, en cuanto a una cosa que apuntaba la señora Esporrín. En las diferencias que existían entre las áreas, y que había que tener en cuenta que el área de Pamplona tiene hospital terciario y demás, yo creo que eso podría ser una explicación en determinadas especialidades, pero, desde luego, en el anexo 10, que incluimos en el informe, se ve claramente que, aun así, podría estar justificado que haya más espera en el área de Pamplona, pero siguen existiendo unas diferencias muy significativas entre Tudela y Estella. Con lo cual, nuestras conclusiones no cambiarían.

Creo que, con esto, más o menos, ya les he respondido a todo. Sigo insistiendo, como también fue informe mío el de retribuciones variables, que me parece esencial el sistema de control presencial del personal del Servicio Navarro de Salud y, desde luego, como lo apuntaba también el señor López, también existe parte en responsabilidad del paciente, que en toda esa parte que decimos que no está registrado debidamente en todos los casos, que parte es debido a causas achacables al paciente, que también el paciente o el ciudadano sea consciente de lo que puede producir con eso, que ese dato está engordando la lista de espera. Pero, como les digo, no podemos saber qué porcentaje es actualmente. Espero no haberme pasado mucho. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. González Felipe): No demasiado, para lo que ha aportado a esta Comisión, señora Moreno, respondiendo a las preguntas de los portavoces. Como bien saben, existe la posibilidad, si algún portavoz o alguna quiere plantear alguna cuestión más a los representantes

de la Cámara de Comptos, de abrir un turno supletorio de esta intervención. ¿Hay alguien que quiera intervenir? ¿No? Pues, muchísimas gracias. Con esto levantamos la sesión.

(Se levanta la sesión a las 11 horas y 19 minutos).