



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

IX Legislatura

Pamplona, 7 de septiembre de 2017

NÚM. 48

TRANSCRIPCIÓN LITERAL

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.^a CONSUELO SATRÚSTEGUI MARTURET

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 7 DE SEPTIEMBRE DE 2017

ORDEN DEL DÍA

- Comparecencia, a petición propia, del Consejero de Salud para explicar el Nuevo Modelo de Transporte Sanitario de Navarra.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para explicar el modelo territorial y modelo de urgencias rurales.

(Comienza la sesión a las 9 horas y 5 minutos.)

Comparecencia, a petición propia, del Consejero de Salud para explicar el Nuevo Modelo de Transporte Sanitario de Navarra.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Egun on guztioi, buenos días a todos y a todas. Si hacemos un poco de silencio, empezamos la sesión. Damos paso a la sesión de la Comisión de Salud con la comparecencia, a petición propia, del Consejero de Salud para explicar el Nuevo Modelo de Transporte Sanitario de Navarra.

Damos la bienvenida al Consejero Domínguez, al señor Gabilondo y a la Directora Jefa de Gabinete. Bienvenidos otra vez más aquí. Sospechamos que estaremos, como en el curso pasado, muy a menudo viéndonos. Tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias. Egun on deneri, muy buenos días a todos y todas. Comparezco ante esta Comisión de Salud en esta ocasión a petición propia para dar cuenta de la propuesta del Nuevo Modelo de Transporte Sanitario, fruto del trabajo de participación y consenso realizado en la Mesa de Transporte constituida por mandato de esta misma Comisión de Salud. Me acompaña Luis Gabilondo, Director General de Salud, que como saben ha presidido la mesa y que tras mi intervención les comentará con más detalle algunos de los aspectos del nuevo modelo.

Con la propuesta que presentamos pretendemos dar cumplimiento a uno de los compromisos más complejos del acuerdo programático para la legislatura 2015-2019, que establecía la necesidad de acometer la reorganización del transporte sanitario abriendo de manera efectiva la vía de su publicación progresiva y garantizar la accesibilidad a toda la población, especialmente en lo que se refiere al transporte sanitario urgente. Pero sobre todo con esta ordenación pretendemos dar respuesta a una necesidad largamente demandada por los ciudadanos y por los profesionales del sector y reiteradamente requerida por los grupos parlamentarios de esta Cámara.

Baste con recordar que la primera petición parlamentaria de constitución de la Mesa de Transporte Sanitario data de abril de 2008. En estos más de nueve años han sido múltiples las mociones, comparecencias y preguntas parlamentarias en las que se ha hecho hincapié en la imperiosa necesidad de reordenar el transporte sanitario. Ya en abril de 2013, el Pleno del Parlamento Foral volvió a aprobar por unanimidad instar al Gobierno a regular urgentemente el transporte sanitario dado que la norma foral que regulaba el transporte sanitario de Navarra del año 2011 es anterior al Real Decreto Estatal 836/2012.

Al final de 2015, el Parlamento Foral volvió a instar al Gobierno a adecuar la normativa, y ya en marzo de 2016 aprobó por unanimidad la resolución que instaba a la constitución de una mesa de transporte integrada por todos los sindicatos, UTESNA, los distintos grupos políticos y representantes de los departamentos de la Administración Foral involucrados, Interior, Salud y Educación, para abordar de manera seria el modelo de transporte sanitario para Navarra.

Por el departamento se dio pronto cumplimiento al mandato parlamentario y se procedió a la constitución de la mesa con todos los integrantes recomendados, a los que se añadió, además, la representación del voluntariado. Asimismo, se constituyeron grupos de trabajo específicos

para abordar el ámbito de la formación, la adecuación normativa, la elaboración de protocolos de actuación en catástrofes con múltiples víctimas, de eventos y riesgos previsibles y de traslado de pacientes infecto-contagiosos.

Asimismo, se encomendaron informes específicos sobre traslados de pacientes agitados y de neonatos. Los servicios técnicos del Servicio Navarro de Salud completaron y actualizaron los múltiples estudios y trabajos técnicos de los que ya se disponía en relación con la actividad, isócronos y probabilidad de concurrencias simultáneas de eventos en cada puesto, y por primera vez se realizaron también estudios para analizar la equidad territorial en el acceso a los servicios de UVI móvil en cada una de las comarcas. Por otra parte, se utilizó una metodología que permitió lograr un consenso en la identificación de las principales áreas de mejora.

Una vez consensuadas las áreas de mejora, se debatieron y alcanzaron acuerdos sobre los principios en los que debía asentarse el nuevo modelo y que, entre otros, incluían la mejora de los resultados en salud, la responsabilidad indelegable de la Administración en garantizar la calidad del servicio, la priorización de las emergencias, el pleno cumplimiento de la legislación y el desarrollo de servicios eficientes y sostenibles.

Posteriormente, se acordaron los objetivos a alcanzar. Se priorizó la atención a la emergencia y se estableció el objetivo de lograr que para el año 2020 el 75-80 por ciento de la población se sitúe a menos de 15 minutos de un servicio médico específico de emergencias dotado de UVI móvil, soporte vital avanzado. En la actualidad, este indicador se sitúa en torno al 60-65 por ciento. También se concretó el objetivo de lograr que, en coordinación con las comunidades limítrofes, el 100 por cien de la población se sitúe a menos de 20 minutos de una ambulancia de uso exclusivo para urgencias, soporte vital básico.

Para lograr los objetivos de calidad en el transporte urgente se apuesta por la planificación conjunta e integración progresiva de los recursos de transporte sanitario con los servicios médicos y de enfermería de urgencia, ello en coherencia con la visión comarcal prevista en el Plan Estratégico de Atención Primaria, documento ya elaborado y actualmente en fase de exposición pública.

Aunque a continuación el Director General de Salud entrará a detallar el desarrollo y las conclusiones de la Mesa de Transporte, quiero resaltar algunos aspectos más relevantes y los compromisos adquiridos por el departamento.

Como tendré ocasión de comentar en la siguiente comparecencia, la comarcalización de las emergencias y del transporte obedece a razones de equidad y también a la necesidad de mejorar la accesibilidad y otorgar la seguridad requerida por la población rural. Hoy en día, la seguridad y calidad de la atención sanitaria se considera un factor esencial para garantizar el asentamiento de la población en el territorio. La Mesa ha definido también los criterios de calidad del transporte programado estableciendo la necesidad de una prescripción médica más personalizada y el desarrollo de nuevos mecanismos y responsables para monitorizar de manera continuada el cumplimiento de los tiempos establecidos.

Se ha concretado el compromiso de reforzar las estructuras públicas y las responsabilidades técnicas específicas para la coordinación de los servicios y se ha aprobado la constitución de comités técnicos para la mejora continua. Para evaluar la satisfacción de los usuarios, se prevé realizar encuestas específicas y aleatorias.

Por lo que hace referencia a la financiación, este departamento adquiere el compromiso de no aplicar copagos al transporte sanitario y garantizar la financiación suficiente para dar cumplimiento a los requerimientos del nuevo modelo.

Conforme a lo previsto en el acuerdo programático, desde el departamento nos hemos comprometido también a la publicación progresiva del servicio de transporte urgente y, en concreto, a la publicación en la presente legislatura de todos los servicios de soporte vital avanzado, UVI móviles.

En lo referente al personal y en relación con el interés general de la Comunidad Foral, se ha optado por mantener el modelo mixto tradicional en Navarra integrado por técnicos de emergencias (TES), y por bomberos polivalentes que cumplan los requisitos formativos legalmente establecidos.

Hemos asumido el compromiso expreso de que el Nuevo Modelo de Transporte Sanitario no suponga en ningún caso una merma del número total de TES, ni de bomberos que desarrollan su labor en el conjunto de la red de transporte sanitario de Navarra.

En el nuevo modelo también hemos concretado las funciones que asumirán los servicios de Cruz Roja y DYA, y los bomberos voluntarios como servicios de transporte complementario de urgencia, que deberán participar y beneficiarse de la formación pública para garantizar la calidad de la atención y la homogeneidad de los protocolos. Si bien a medio-largo plazo no se descarta la creación de una empresa pública de transporte, entendemos que para ello se requeriría de un nuevo escenario legal y económico.

Recursos y plan de acción. En lo que hace referencia a los recursos, el Departamento de Salud ha adquirido compromisos expresos. Vamos a ampliar y proceder a la publicación, en 2018, de todas las ambulancias de soporte vital avanzado, tanto de las actuales, como de las nuevas previstas. En concreto, las actuales tres ambulancias de soporte vital avanzado concertadas de Pamplona, Tudela y Estella, una nueva de soporte vital avanzado de doce horas en Tudela, una nueva de soporte vital avanzado polivalente de Tafalla, vinculado al nuevo servicio de emergencias comarcal de Tafalla.

Estamos trabajando para hacer públicas de inmediato las bases de un nuevo concierto de ambulancias para toda Navarra, al que se aplicarán las nuevas prescripciones técnicas acordadas, lo que implicará la necesidad de concertar una ambulancia de soporte vital básico para Lodosa de uso exclusivo para urgencias, y concertar al menos cuatro nuevas ambulancias adicionales para el transporte programado.

Hemos previsto asignar presupuestos específicos para formación e inversiones en tecnología en transporte sanitario para 2018. De manera progresiva vamos a seguir poniendo en marcha el resto de servicios comarcales de emergencia dotados de radiología y de una ambulancia de soporte vital avanzado de uso polivalente, cuya ubicación se decidirá contando con la

participación de las entidades locales y previo estudio de maximización de la eficiencia. Los servicios comarcales se dotarán de una organización flexible, la más eficiente en cada caso, aplicando diferentes diseños para diferentes realidades.

Vamos a regular también, en los próximos meses, mediante una orden foral, las características y los requisitos adicionales de los vehículos y los procedimientos y criterios de calidad aplicables al transporte sanitario público tanto propio, como concertado, todo lo relativo a equipamiento, uniformidad, geolocalización, prescripción, coordinación, movilización, control, etcétera, para adecuarlos a los acuerdos adoptados en esta mesa.

En relación con la licitación del nuevo concurso para la concertación de ambulancias, he de informarles que recientemente, y por razones de interés público, el gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, ha acordado la resolución del contrato vigente con la empresa SSG, que presta servicios de ambulancias en las demarcaciones de Tudela y Sangüesa. La resolución se ha realizado contando con la conformidad por escrito del adjudicatario, que también asume continuar prestando el servicio en las mismas condiciones actuales hasta la formalización del nuevo contrato que se derive de la nueva licitación.

Por lo que hace referencia a la gestión del transporte, me limitaré a señalar los elementos principales, que posteriormente les detallaremos. En primer lugar, la responsabilidad de la organización y movilización de los recursos de transporte sanitario corresponde al Departamento de Salud.

Dos. Todos los recursos de coordinación, atención médica y de enfermería y de transporte sanitario de urgencia, tanto propios como concertados, se integrarán en la Red de Atención de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Navarra, que dependerá del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Osasunbidea y actuará con unidad de mando y unidad de dirección. El servicio reforzará su estructura y se ubicará en las dependencias de SOS Navarra para garantizar una mejor coordinación de los recursos y procedimientos.

Tres. La responsabilidad de garantizar la calidad del servicio del transporte sanitario programado recaerá en el servicio de gestión de prestaciones y conciertos, que contará para ello con una unidad específica.

Cuatro. En los centros hospitalarios se designará una figura de responsable y referente en materia de transporte sanitario.

Cinco. Se constituirán sendos comités técnicos de transporte programado y urgente, integrados por profesionales de todos los estamentos y perfiles profesionales implicados.

Sexto. La programación de los tratamientos de los pacientes de diálisis se realizará con la participación de los representantes de los pacientes, procurando poner en el mismo turno y unificar los horarios de salida a los pacientes de una misma ruta.

En cuanto a formación, protocolos y tecnologías, lo que hace referencia a los protocolos previstos, me satisface informarles que se han desarrollado todos ellos: actuación en catástrofes con múltiples víctimas, eventos y riesgos previsibles, traslado de pacientes infecto-

contagiosos, y los informes técnicos específicos, traslados de pacientes agitados y traslado de neonatos.

El departamento ha adquirido el compromiso de impartir y financiar la formación continuada mínima necesaria para garantizar la adecuada implantación homogénea de los protocolos de actuación para todo el personal, propio, concertado o voluntario.

Por último, deseo señalar que también se han previsto los desarrollos tecnológicos necesarios para la mejor gestión y movilización de recursos, el intercambio de información clínica y para la monitorización de la adecuación de los servicios prestados a la prescripción en el transporte programado.

Cedo ahora la palabra al Director General para que exponga aspectos técnicos, desarrollo y conclusiones de la Mesa de Transporte. Cuando quiera, señor Gabilondo.

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD (Sr. Gabilondo Pujol): Egun on, buenos días. Como todos ustedes han tenido oportunidad de participar de alguna manera en la Mesa de Transporte, voy a evitarles la reiteración de toda la información detallada que ustedes ya conocen y, por tanto, voy a intentar ser esquemático, aunque no quiero dejar de presentar todo el contenido de los trabajos realizados, entenderán que no sería razonable someterles a la tortura de volvérselo a presentar.

En primer lugar, quiero señalar que el departamento ha venido trabajando desde antiguo en diversos estudios técnicos para el desarrollo de los servicios. Se dispone de información detallada de la actividad que desarrollan las ambulancias, lógicamente, de cada una de las zonas, de las frecuencias en que se producen solapes o dónde hay más aglomeraciones. De alguna manera, se ve que hay, lógicamente, una mayor concentración de servicios en las localidades –vamos a decir– más habitadas. Se detectaba aquí siempre una cierta debilidad en la zona de Lodosa, que era un elemento que se consideraba necesario cubrir, la comarca de Estella.

Hay algunas zonas donde podríamos discutir si los recursos son o pudieran ser excedentarios porque, a veces, coinciden ambulancias concertadas y de bomberos, pero las de bomberos tienen otra función, que es solo meramente complementaria. Se han hecho, lógicamente, todos los mapas de isócronas y ahí es donde detectábamos esa deficiencia, que pretendemos ahora cubrir.

Por primera vez, como se señalaba, se ha analizado también la probabilidad de que un ciudadano sea trasladado en UVI móvil según la zona donde reside y, de alguna forma, constatamos que en algunas zonas, por ejemplo en la zona de Estella, la probabilidad de todos los traslados en ambulancia que hay, el 30 por ciento son en UVI móvil; en Pamplona, el 20; en Tudela también, el 20-21 por ciento; pero hay zonas de Navarra donde es el 7 por ciento. De alguna manera, es evidente que tenemos unas isócronas muy centradas en torno a la capital y a las dos grandes ciudades de Estella y Tudela.

También hay que decir que el grado de cobertura que tenemos en las isócronas, es decir, el porcentaje de población que vive en un entorno de 15 minutos alrededor de un punto de UVI móvil, es de algo menos del 60 por ciento en Navarra. Por comparativa, por ejemplo en La

Rioja es del 78 por ciento, y en Aragón 69. En fin, en ningún sitio es del 100, lógicamente, porque es imposible. Estos son los primeros estudios técnicos.

Por otra parte, como saben, se utilizó una metodología de pedir a todo el mundo, de una manera estructurada, que hicieran propuestas de áreas de mejora. Se recibieron 220 propuestas de mejora. Las principales, las características de los vehículos, la formación, aspectos de personal, la coordinación, la logística, etcétera, tanto en transporte urgente como en transporte programado, 140 de las propuestas hacían referencia al transporte urgente, y 80 al programado.

Por resumir, muy brevemente, en qué se centraban las mejoras propuestas en una sola transparencia, diría que se insistía en la responsabilidad pública y/o en la publicación, en la responsabilidad del Departamento de Salud en el tema de la coordinación y logística, en la adecuación normativa, en la calidad, en la formación, en las condiciones laborales y de seguridad del personal, los equipamientos, los requisitos legales de la titulación, los desequilibrios territoriales en los recursos, el cumplimiento de las prescripciones técnicas y de los compromisos contractuales que adquieren las empresas adjudicatarias, en las tecnologías y los protocolos de actuación. Básicamente por resumir. Hemos tratado de dar respuesta a todas esas...

En el modelo de transporte, en primer lugar, se establecieron criterios de calidad. En la movilización de los recursos, en la prescripción también, teniendo en cuenta aquí había un cierto consenso de que las prescripciones técnicas del contrato que estaban en la zona de Tudela, las prescripciones del propio concurso, eran idóneas. Otra cuestión es que se considerara que no había un adecuado cumplimiento, pero se consideraba necesario, se proponía extender esos requisitos de calidad. Al ser el último concurso, estaban mucho más precisados al resto del transporte concertado, sobre todo en lo que tiene que ver con el tema de los protocolos; los formularios de prescripción; la identificación clara de qué tipo de transporte precisa el paciente cuando se indica en la ambulancia, si precisa acompañante, no acompañante, si requiere un tipo de recursos técnicos o no, porque muchas veces los problemas se planteaban en que se indicaba una modalidad sin precisar suficientemente los requerimientos.

La importancia de monitorizar los tiempos. Se establecen los tiempos, pero no existía realmente un modelo perfecto –nunca lo va a ser, pero para intentar controlar mejor los tiempos–. Se sabe que hay quejas de que hay personas que en el circuito pasan mucho tiempo, en particular los pacientes de diálisis, que tienen que ir tres veces, a veces, a la semana al centro y en cada uno no es solo el tiempo de traslado, sino que es el tiempo del circuito completo.

También se planteaba la necesidad de dar algún tipo de solución a los pacientes que acuden a rehabilitación, consultas, etcétera, de coordinar la organización de la atención con la organización del transporte para que los pacientes no tengan que estar esperando grandes tiempos.

Se insistía mucho también en las medidas de control de calidad en los sistemas de calidad y cómo se podían controlar, y ahí se veía que era importante reforzar las estructuras y

responsabilidades públicas en la logística y el control, creación de comités técnicos para garantizar verdaderamente el cumplimiento, tanto de la normativa como de las prescripciones técnicas y también de las mejoras propuestas por las empresas cuando finalmente obtienen el concurso, porque lo obtienen precisamente porque se han comprometido a hacer determinadas mejoras, luego, por tanto, son compromisos exigibles en el contrato. También lo de las encuestas, los protocolos, etcétera.

Con respecto a la financiación y previsión, lo ha detallado suficientemente el Consejero. Se establecieron compromisos explícitos, y aunque a medio plazo no se descarta la creación de la empresa pública, se optaba por una publicación progresiva y empezando, lógicamente, por el transporte más relevante. Se establecieron una serie de prioridades y se optó también por un modelo mixto de provisión tradicional en Navarra que, de alguna manera, se considera que, en este momento, es lo más realista, lo más aceptado globalmente, aunque ya sabemos que en este tema hay división de opiniones, pero era necesario llegar a un acuerdo de consenso y había que acercar las posturas, que no siempre era fácil.

En todo caso, desde el Departamento de Salud lo que tenemos que establecer y dejar claro es que todos los que trabajen en el ámbito del transporte sanitario tienen que cumplir la legalidad vigente y tienen que tener la capacitación adecuada para prestar las funciones, que las funciones no cambian dependiendo de una u otra persona, y que tiene que aplicar las técnicas de soporte, tiene que estar en condiciones, y esto, hasta ahora, tenemos que seguirlo garantizarlo.

También hubo un compromiso explícito de crear la figura del TES dentro de la plantilla orgánica. Dado que vamos a ir hacia una progresiva publicación, tiene que haber también esa posibilidad de incluirla en el registro de profesionales sanitarios, que es una reivindicación. Hay que señalar, a este respecto, que eso nunca ha estado en cuestión porque son profesionales sanitarios. El tema es que el registro de profesionales sanitarios está yendo muy lento, es un registro de nivel estatal y todavía no está operativo, por tanto no lo está ni para médicos, ni para enfermeras ni para...

Por otra parte también, la importancia de intentar garantizar el acceso a este tema, por lo que también se ha propuesto a Educación que contemple la formación presencial y pruebas libres y abiertas para que todo el mundo tenga oportunidad de acceder también a este título. Como ya se ha dicho, nos hemos comprometido a que no haya mermas en el personal de los distintos estamentos como consecuencia del modelo de atención. Entendemos que el modelo tiende un poco a expandirse en algún momento, porque vamos a crear nuevos servicios, estamos dotando de nuevos servicios, pero en conjunto se tiene que garantizar que los estamentos se mantengan.

Se definen funciones para el voluntariado. Aquí hay que señalar la labor tan importante que han desarrollado los servicios de voluntariado hasta el momento. Los cambios normativos no hacen factible que el voluntariado pueda tener la formación a veces requerida, o es difícil garantizar la permanencia constante del voluntariado como para basar en ello la organización. Por tanto, su función es complementaria, y muy agradecida, por cierto. En todo caso, lo que sí es muy importante es que tiene que ser con condiciones de calidad, formación, y por tanto, los consideramos parte de la red con su peculiaridad, igual que a los bomberos voluntarios.

Se ha hablado del tema de SOS Navarra y la importancia de que el Departamento de Salud lidere de manera incuestionable el tema del transporte sanitario. En ese sentido, se refuerzan algunas medidas para garantizar eso, aunque entendemos que SOS Navarra tiene que seguir teniendo un carácter multidisciplinar porque eso aporta valor, o sea, que coordine distintos cuerpos, no solo el transporte, sino otros organismos: policía, bomberos, etcétera. Eso aporta mucho valor, pero exige una coordinación que, a veces, no es fácil. En ese sentido, también se planteaba la creación de un comité director de SOS Navarra. Reforzar la presencia de Salud en SOS Navarra incorporando a la propia responsable del servicio de transporte al propio centro de coordinación y, en este sentido, seguir trabajando en esta línea.

Con respecto al transporte urgente, ya se han señalado los incrementos que se han comentado, la importancia de los servicios comarcales de emergencia, el refuerzo de determinadas ambulancias y también medidas organizativas para que todo el personal sanitario pueda participar en distintas modalidades y puntos de atención. Entendemos que la cualificación, el *expertise*, se adquiere realizando actos. Una persona muy formada que durante muchos años deje de tener una actividad cotidiana suficiente pierde destreza. Entonces, tiene que haber ciertos mecanismos, por supuesto con un carácter también voluntario, pero tiene que ofrecerse, al menos a todos los profesionales, la posibilidad de tener períodos en centros donde haya suficiente volumen de actividad para mantener la experiencia.

Se plantea la posibilidad de ubicar en un único punto de emergencias de Pamplona dos equipos de soporte vital avanzado, de manera que puedan compatibilizarlo también con el helicóptero. Lo que se ha señalado sobre el tema de la ubicación de los recursos, la necesidad de participación, pero también de estudios técnicos, como hemos hecho con el modelo, es aplicar lo que se ha hecho con el debate global general del sistema al ámbito local, es decir, estudios técnicos apoyados también con participación de profesionales y entidades. Se señalan las características específicas de los distintos puntos de emergencia, en la gestión del transporte queda claro quién es la responsabilidad última del departamento, y ya se ha señalado la dependencia de las jefaturas. En un caso, separamos la responsabilidad y clarificamos la del transporte de emergencias. Va estar en la misma mano la responsabilidad de la gestión de los servicios médicos y de enfermería rural y de atención que organizan los SEU, servicios especiales de urgencias, etcétera, que en este momento están... que el transporte. El transporte no es más que una parte de los servicios de urgencia, no es algo diferencial y separado, lógicamente tiene sus especificidades, pero tiene que estar coordinado y ser coherente.

Por otra parte, también es importante señalar –y este es un tema que parece menor– que la movilización de los recursos tiene que hacerse directamente en la ambulancia sin intermediarios, porque a veces se producen problemas de coordinación, pérdidas de tiempos, etcétera, que son relevantes.

Por el transporte programado, lo mismo. En este sentido, es importante señalar la necesidad de dotar al servicio de prestaciones y conciertos de una unidad técnica que participe más activamente en la planificación de las rutas en colaboración con las empresas adjudicatarias, y también la integración de los sistemas de información para monitorizar...

El modelo tecnológico. Hoy en día la tecnología permite controlar perfectamente la ubicación y el estado de situación de cada uno de los vehículos en todo momento, lo cual es un elemento esencial porque hay un requisito que no he señalado, pero en el que me gustaría ahora insistir. Los recursos de urgencias se ubican en un determinado punto, pero no tienen una delimitación territorial cerrada, están todos a disposición de toda Navarra. En un determinado momento puede ser más eficiente utilizar el recurso colindante, o en un determinado momento puede haber un solape.

La fragmentación, en este sentido, no tiene ningún sentido y es esencial actuar. Es una red pero todos forman parte, todos tienen la responsabilidad global. En algunas ocasiones ocurre que pueden estar saturados los de una zona, pero la zona colindante puede cubrir. Entonces, en este sentido, es necesario dar el máximo grado de flexibilidad organizativa, siempre tiene que ir la ambulancia idónea que esté más cerca, en todo momento, la que esté disponible y más cercana, con independencia de si es de bomberos, si es concertada, si es propia, si es de la zona de Tafalla o si es de la zona de Pamplona. En todo momento el sistema tiene que funcionar y para eso es esencial la geolocalización permanente y saber en cada momento en qué estado de disponibilidad está cada uno de los vehículos. El desarrollo de la historia clínica móvil, los sistemas de información, etcétera, también permiten registrar esto.

Nada más voy a señalar que se ha hecho –que yo creo que es un logro importante– un protocolo de procedimiento de actuación ante catástrofes y múltiples víctimas muy actualizado. También se ha hecho un protocolo dentro del propio hospital de actuación ante urgencias de múltiples víctimas, porque la organización intrahospitalaria también es un elemento relevante.

Estos protocolos se han revisado y activado, y muy especialmente en período previo a San Fermín, lo que nos ha permitido también ponerlos a prueba en la coordinación entre los distintos cuerpos, que es un tema relevante.

Se han elaborado, con la colaboración del Instituto de Salud Pública y de Medicina Laboral de los Servicios de Salud Laboral del Servicio Navarro de Salud, los protocolos y medidas de prevención y riesgo biológico para el transporte sanitario. Se han editado, en este sentido, folletos y carteles y se van a incluir en toda la normativa nueva todas las recomendaciones específicas sobre los equipos de protección individual, llamados EPI, que tienen que poder tener todos los que trabajan en el sector.

Con respecto a los cambios de requerimientos técnicos adicionales de los vehículos, se hizo un planteamiento con detalle de los que eran requeridos para cada tipo de vehículos, y es lo que se va a incorporar a la nueva normativa que estamos elaborando.

También se ha concretado el número de horas de formación mínimas necesarias de todos los que trabajan en la red y de las que va a financiar en concreto el Departamento de Salud para cada uno de los estamentos, sean públicos o privados.

Con respecto al plan de acción ya se ha señalado la intención de poner en marcha –estamos, de hecho, trabajando ya en ella y yo pienso que lo podremos hacer en este trimestre– la Orden Foral de Transporte Sanitario Público, que lo que va a definir son los requisitos adicionales a

los que están establecidos en el decreto, que se les exige a los vehículos que trabajan en la red pública, sean estos propios o concertados, es decir, son requisitos adicionales para el sector público. Ahí se incluirá también la regulación de la normativa de procedimientos, normas, etcétera, que se han debatido y que son aplicables, el protocolo de prescripción del transporte y también, en la propia orden, se regulará la integración de los recursos en la sección y en el servicio de urgencias extrahospitalarias y se reforzarán las estructuras.

Luego también los compromisos que ya se han señalado sobre la publicación de vehículos de todas las SVA concertadas actuales y de una nueva SVA de doce horas en Tudela; la puesta en marcha, en 2018, de la SVA polivalente de Tafalla y en 2019 la de Bidasoa-Donostia, como públicas también; el nuevo concierto de ambulancias para toda Navarra, con una nueva de urgencias y cuatro nuevas de transporte programado, la nueva es para Lodosa; y presupuestos específicos en los presupuestos de 2018 para transporte, tecnologías; y luego, la ubicación de la dirección de urgencia en el SOS Navarra, también en el año 2018. Estos son los compromisos concretos que adquirimos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrustegui Marturet): Muchas gracias por las explicaciones tan detalladas. Tiene ahora la palabra la señora Ganuza, por parte de UPN.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, agradecer las explicaciones del Consejero y del Director General. Quiero comentarles que por fin llega al Parlamento el Modelo de Transporte Sanitario, con un retraso importante que ha supuesto para los ciudadanos navarros el consiguiente deterioro de la calidad de este servicio.

Se ha vivido gran incertidumbre, como bien sabe, por parte de los trabajadores de este sector. Varios sindicatos han protestado y han aludido a lo que he comentado yo, y luego también por parte de los usuarios. Quiero agradecer a los trabajadores. Gracias a ellos ha sido posible salvar las deficiencias de todo este departamento. Muchísimas gracias a todos los trabajadores de este sector.

Ustedes están venga a decir: «se ampliará», «se reforzará», «se garantizará». Todo esto la verdad que suena muy voluntarioso, pero mucho, es un brindis al sol. Echamos de menos mucha más concreción. Yo creía que hoy, después de la tardanza, iban a concretar más, con más fechas... no este brindis que nos ha hecho usted al sol.

En cuanto a la participación de la que ustedes nos están venga a hablar, yo creo que se queda en agua de borrajas, puesto que la forma de proceder –que han procedido ustedes en las mesas de trabajo, entregándonos la documentación en el último momento–, no nos daba ni tiempo ni a analizar las propuestas; de forma precipitada, lo que hacíamos.

Por otra parte, quiero insistir mucho en que la desaparición de la Agencia Navarra de Emergencias, ANE, el balance de estos dos años de legislatura en el transporte urgente, quiero decirles que ha supuesto un deterioro notorio. La coordinación en transporte urgente ha presentado muchísimas deficiencias.

Nuestra apuesta es de un modelo de transporte mixto, público, de calidad, pero utilizando todos los recursos disponibles en la Comunidad Foral, bomberos, DYA, Cruz Roja, como bien han explicado, por supuesto que cumpliendo la legislación vigente, que hasta ahora en algunos

casos no se ha cumplido. Consideramos muy importante adecuar la normativa foral también a las normativas europeas y estatales, que eso no lo han comentado, pero creemos que es muy importante.

Este departamento tiene que vigilar el cumplimiento de la normativa, que en varias ocasiones, como todos sabemos –no lo voy a repetir aquí–, ha habido dejación de funciones por parte de la Administración, y vigilar el cumplimiento de todos los contratos y hacer un seguimiento continuo de los contratos que haga la Administración, me refiero al que hizo en octubre.

Creo que en este modelo falta un plan para promocionar –me parece, luego me lo explican si no he entendido bien– la función y el papel del voluntariado. Lo consideran también ustedes muy importante, como han dicho, pero yo creo que hay que darle más importancia en este modelo.

Me quedan muchas dudas de cómo van a garantizar el acceso equitativo de la sanidad a todos los habitantes de la Comunidad Foral vivan donde vivan. Ya han estado explicando, pero no me ha quedado nada claro. Yo veo que no se reparte, que todos los ciudadanos de la Comunidad Foral no tienen los mismos derechos en cuanto al transporte sanitario.

Me interesaría más concreción en los puntos comarcales de atención en las emergencias sanitarias.

Tampoco queda claro lo que en las reuniones de trabajo comentaron, que se iba a crear una ambulancia de soporte vital avanzado de uso polivalente en las zonas de Tafalla, Alsasua, Sangüesa y Elizondo. Según dijeron, iban a hacer un estudio de optimización –si no entendí mal– del que ahora no han dicho nada, de los tiempos de atención junto con las entidades locales. Yo no sé si han empezado ya a trabajar en este tema o no, yo desconozco, yo creo que no. Yo, por lo que me corresponde, en Estella sé que no lo han hecho aún, pero quizás en Tafalla, Alsasua, Sangüesa y Elizondo lo han hecho y lo desconozco. Me gustaría que me explicaran.

También dijeron que no serían de soporte vital avanzado en estas zonas, que sería una de soporte básico medicalizada con personal de los centros y que se iban a reforzar. ¿Para cuándo ya tenían que haber empezado a reforzar, si piensan en esta actuación? Para cuándo tienen previsible este modelo, que han explicado en tantas mesas de trabajo, y hoy también han explicado. Y el presupuesto, que es que ya tienen que saber lo que van a costar estas medidas.

Queda pendiente también si han avanzado en las negociaciones con las comunidades limítrofes que comentaron en una de estas reuniones, que hoy no han dicho, para que la población disponga de una ambulancia de uso exclusivo para urgencias con un radio de acción de veinte minutos. En qué fase está con las comunidades limítrofes.

Creo que también hay que hacer una revisión del resto de las patologías tiempo-dependientes porque solo se habla de las de infarto agudo. Quizás es que no lo sé, pero quiero que me lo expliquen. Yo quiero saber qué es lo que van a hacer con los traumas graves, los ictus, las sepsis, si van a hacer el mismo seguimiento que con el infarto agudo de miocardio. Desde UPN les pediríamos –me imagino que esto será cuestión de los comités técnicos o donde corresponda– que analicen cómo van a tratar los traumas graves, ictus y sepsis.

Me preocupa mucho también la zona de Tudela. No me ha quedado nada claro cómo van a quedar las altas de urgencias a partir de las 22 horas. Hoy no lo han dicho, pero tampoco en las mesas de trabajo. Me gustaría que nos lo dijeran.

Tampoco han dicho hoy nada, y me gustaría que comentaran, ya que en la mesa se habló que estudiarían la dotación de vehículos de intervención rápida, los VIR. Yo creo que su eficacia ya está más que demostrada en otras comunidades y en otros países, que puede ser un buen recurso y un buen complemento para Navarra, nos permitiría poder medicalizar las ambulancias en lugares de isócronas largas o en esto que les he comentado, de situaciones de patologías tiempo-dependientes.

Me gustaría saber también, que no han dicho nada, quién va a formar parte del Comité Técnico de Urgencias y Emergencias. Han dicho profesionales de todos los niveles. Pero, ¿y de todas las áreas de salud, van a formar parte en este comité?

Me gustaría saber también el perfil y las funciones del responsable de los centros hospitalarios. Pone aquí «en la gestión del transporte programado, figura responsable de los centros hospitalarios referente en materia del transporte». ¿Qué perfil y que funciones va a tener?

Con respecto a los protocolos, quiero darles la enhorabuena porque ya han activado algún protocolo en San Fermín. El resto de los protocolos, ¿cuándo los van a poner en marcha? Me preocupa el de los pacientes infecto-contagiosos urgentes y los no urgentes. Ya sé que el protocolo, según han comentado, está hecho, pero ¿cuándo lo van a poner en marcha? Y, ¿qué otros se están trabajando? Porque los que hablamos en la mesa... pero hay muchos por trabajar. Me gustaría que vayan adelantando un poco qué otros protocolos...

Con respecto a la formación, tampoco me ha quedado claro. Ha comentado el director un mínimo de horas. ¿Cuántas horas? ¿Cómo? Que nos explique un poco más.

Considero muy importante también que hay que controlar, corregir, de forma continua el modelo de transporte sanitario, que esa también fue la intención de la mesa. Es un modelo que hay que ir evaluando, controlando, con comisiones de seguimiento –eso me parece bien– para que continuemos haciéndolo, porque hay muchísimas cosas que mejorar. Nosotros apostamos por una red de transporte mixta, de calidad –por supuesto–, suficientemente dotada y con los recursos económicos necesarios. Me gustaría que me dijera los presupuestos que van a prever para 2018, porque, según he leído aquí, todo es para 2018, y que nos explique los principales compromisos, por favor, el cronograma, porque se queda un poco un brindis al sol. Muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrustegui Marturet): Muchas gracias. Turno ahora de Geroa Bai. Tiene la palabra el señor Martínez.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Eskerrik asko, Presidenta anderea. Yo pensaba que el verano iba a ser un período de reflexión y de tranquilidad para todas y todos y que íbamos a volver a estos dos años que nos quedan de legislatura con otros aires, pero después de la intervención de la señora Ganuza, veo que desde luego en las filas del grupo mayoritario de la oposición poco o nada ha cambiado y así les va, de mal en peor.

Empieza la señora Ganuza hablando de «retraso importante». ¡Pues claro!, algo que empezó antes de 2008 y que los anteriores gobiernos de UPN han sido incapaces de hacer nada y ahora nos viene con el «retraso importante».

Si el señor Gabilondo no recuerda mal, y los presentes y las presentes también, una de mis primeras intervenciones en la Mesa de Transporte Sanitario fue cuando alguien dijo que «bueno», que «podíamos ir haciéndolo poco a poco», etcétera. Y yo dije, «¡Ojo!», que lo que se aprobó en el Parlamento por unanimidad daba un plazo de seis meses, y yo dije «¡Ojo! No vaya a ser...». Y he de confesar públicamente que no estaba pensando en Unión del Pueblo Navarro, sino en otro partido, y la persona que representaba a ese partido dijo «No. Yo lo que quiero es un buen trabajo y más o menos me da igual que sea en seis meses, que en ocho, que en diez». Pero claro, los protestones, los de la pancarta, en eso que se han convertido ustedes últimamente, vienen y protestan por el «retraso importante».

¡Bienvenido, el retraso! Bienvenido el retraso porque creo que la Mesa de Transporte Sanitario ha sido un modelo de participación, no voy a decir que óptimo, porque..., pero sí por lo menos muy bueno. Allí hemos estado representados organizaciones políticas, sindicales, profesionales de la salud, municipios, bomberos, voluntariado, todos aquellos sectores que de alguna forma están más o menos implicados, con mejor o peor voluntad, en el tema del transporte sanitario. Por lo tanto, bienvenido sea el retraso porque creo que tanto el proceso como las conclusiones de la mesa de trabajo sobre transporte sanitario han sido realmente importantes.

De brindis al sol, nada. Brindis al sol es la crítica por la crítica, sin tener ningún fundamento. Eso sí que es un brindis al sol. Lo siento, señora Ganuza, pero es que así les va, sigan ustedes brindando al sol mientras los demás trabajamos. Y cuando digo los demás, me refiero a todos los grupos que participaron en esa mesa de trabajo, empezando por arriba, por el Departamento de Salud, y acabando por el último voluntario del último pueblo de Navarra. O si ustedes prefieren lo hago al revés, empezando por el último voluntario o voluntaria del último pueblo de Navarra y acabando en el Departamento de Salud. «De agua de borrajas», decía la señora Ganuza. ¡Dios mío! Quienes nunca han impulsado procesos participativos hablan ahora de agua de borrajas.

Yo tengo que decir que, personalmente y como organización, nos gustó el sistema, nos gustó la forma en la que se trabajó. Se hacían propuestas desde el departamento; se hacían alegaciones desde las organizaciones presentes en la mesa; algunas se aceptaban directamente, otras no, incluso hubo algunas que suscitaron problemas entre los propios miembros y participantes de la mesa, y las cosas se han ido modificando mediante acuerdos. Yo estoy convencido que el acuerdo es la vía, el acuerdo es la vía para todo, pero para eso, lógicamente, hay que tener predisposición y disposición al acuerdo, cosa que en la oposición estamos viendo muy poquito, o por lo menos en algunas de las fuerzas de la oposición.

Cabe decir que, efectivamente, quedan muchas cosas por concretar, pero estoy convencido que no le corresponde al departamento concretarlas. La formación se tendrá que concretar y se tendrá que acordar entre el propio departamento y los profesionales que intervienen en el transporte sanitario. Por lo tanto, que nos vengan ahora diciendo «cuántas horas», «cuáles son los temas». Pues sí, al más estilo directivo que ha utilizado UPN a lo largo de todos sus años de gestión, de mala gestión he de decir, porque gestión es una cosa y mala o pésima gestión es lo

que ha caracterizado a los gobiernos de UPN también en materia sanitaria. Efectivamente, ha habido inconcreciones que seguirán existiendo y que se seguirán solventando a medida que se vayan desarrollando todos estos trabajos.

También quiero felicitar, a parte de los participantes en la mesa, a todas las personas, a todos los profesionales que han participado en la elaboración de los protocolos, porque quizás desde un parlamento se ve con mucha facilidad hacer un protocolo, pero hacer un protocolo para determinados procesos es muy complejo y requiere intervención de profesionales serios, que discuten, que deliberan y que llegan a acuerdos entre ellos. No se trata de actividad política, en la que unos dicen unas cosas y otros la contraria, sino eso, protocolos con voluntad de acuerdo, con una base científica, y ya saben ustedes que no siempre todos estamos de acuerdo, ni siquiera incluso en los criterios científicos o técnicos para poner en marcha un protocolo.

Me alegra que el sistema por el que se haya optado sea por el sistema mixto, con participación de bomberos y técnicos en emergencias sanitarias. Eso sí, insisto, y creo que tanto el señor Gabilondo como el Consejero han dicho, todos los participantes en el transporte sanitario tienen que tener la capacitación adecuada, algo que preocupaba mucho a algunos de los profesionales que ya están trabajando en el transporte sanitario, como a toda la ciudadanía; capacitación adecuada. Animamos, lógicamente, a que desde Educación se impartan también los cursos necesarios para que quienes, por ejemplo bomberos, no tengan esa capacitación, la consigan. Nos alegramos de que se integren a los técnicos en emergencia sanitaria en la plantilla orgánica, porque estamos convencidos de que los vientos y los nuevos tiempos soplan hacia ahí.

Queremos decir que, efectivamente, hay una nueva normativa, una normativa adecuada a la legislación europea. Estamos convencidos de que el Departamento va a hacer un seguimiento intenso de los contratos firmados, como lo ha hecho hasta ahora, aunque algún grupo de la oposición, en concreto Unión del Pueblo Navarro, alzaba la voz en cuanto se enteraba de cualquier deficiencia, pero incluso la denuncia de los contratos o las sanciones a los servicios que no cumplen con la normativa requieren su tiempo.

Queremos mostrar nuestra satisfacción por el trabajo realizado, creemos que se optó por un buen modelo de trabajo, el modelo de la mesa de transporte sanitario, y queremos decir que, desde luego, Geroa Bai está dispuesta y encantada de seguir trabajando así en un tema tan importante, que viene tan de lejos y al que los anteriores gobiernos de UPN no han sabido darle ninguna salida ni solución. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko zuri. Turno ahora para Euskal Herria Bildu Nafarroa. Tiene la palabra la señora Fernández de Garayalde.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAYALDE LAZKANO SALA: Eskerrik asko, Lehendakari andrea. Egun on denoi eta ongi etorriak. Lo primero, voy a pedir disculpas a la señora Ganuza porque me he reído al inicio de su intervención, pero la verdad es que ha sido porque me ha venido un pensamiento, y ha sido que lo que sí que han hecho en el verano en UPN ha sido protocolizar y uniformar formas de actuación, por lo menos en lo que respecta al señor allí en Madrid y a

usted aquí, y es el escribir el discurso antes de oír las explicaciones que le tengan que dar. Por eso me he reído, no por otra cosa.

Empiezo yo también mi intervención con las mismas frases que ha dicho usted, la de «por fin». Por fin hemos dado un paso adelante en lo que es la mejora del transporte sanitario porque no tengo que leer los diarios de sesiones, sino simplemente hacer un poco de memoria y ver cómo la legislatura pasada no, la anterior, distintos grupos aquí, salvo UPN y el PP, el resto de grupos, debatimos mucho sobre este tema, hubo muchas sesiones de trabajo, vinieron profesionales del sector. Hubo muchas mociones, como ya ha explicado el señor Consejero además, pidiendo que se hiciera lo que se ha hecho esta legislatura.

Cuando venían los profesionales, lo que se debatía y lo que pedían era que se hiciera un análisis del modelo, las condiciones laborales del personal, que se unificasen protocolos, puesto que como es verdad estaban distintos colectivos participando; nos planteaban también el tema de la formación; y lógicamente, y además se reconoció, hasta cuando se dice con la frase de «por fin», que no se había hecho en su momento lo que tanto hace dos legislaturas, como la pasada, se había hecho.

Pero tengo que reconocer, y en esto también voy a agradecer la actitud del departamento y del Gobierno, y es además en ese cambio importante de participación, porque dentro del no haber hecho nada, sí que es verdad que se creó una mesa en su momento y se hizo un análisis, pero que fue muy criticada incluso por los propios trabajadores, concretamente los de UTESNA, criticaron esa mesa y las conclusiones que sacaron, que no eran, desde luego, las aportaciones ni lo que habían hecho los trabajadores y las trabajadoras. Los grupos parlamentarios, por lo menos este no participó absolutamente para nada y no supo en ningún momento cuáles eran esas conclusiones. Con lo cual, también me parece importante ese nuevo concepto de lo que es la participación porque todos los grupos hemos tenido la oportunidad de poder hacerlo y de debatir. No sé cuáles han sido las aportaciones de UPN. Espero que, ante las dudas que tenía, haya hecho aportaciones también y entiendo que se las habrán tenido en cuenta, porque lo que es hecho con sentido hay que tenerlo en cuenta.

Insisto, se ha hecho un diagnóstico importante, un análisis de la situación serio, participativo y duro en muchos momentos, con mucho debate y dejando muchos pelos en la gatera, por lo menos por nuestra parte, porque seguimos pensando que el transporte sanitario es un servicio básico y público, pero también reconocemos que, en el seno de ese debate, el consenso al que se ha llegado es el ir a esta publicación progresiva que se ha planteado y que han explicado ustedes. Desde luego, nosotros seguiremos apostando por la publicación total pero, insisto, entendemos que en ese consenso, en los momentos y el debate que ha habido, nos damos por satisfechos con esa publicación progresiva, ese compromiso de publicación progresiva que se ha planteado desde el departamento.

También nos parece importante el compromiso de no copago al transporte sanitario, sobre todo teniendo en cuenta debates, que también ha habido en otras legislaturas e intentos de imposición desde otros espacios para que se implanten los copagos.

Estamos de acuerdo, lo estábamos, y sabemos que es un punto de diferencia, pero nosotras siempre hemos defendido ese modelo mixto que tenemos actualmente, en el que participan TES y bomberos, porque creemos en esa polivalencia de lo que es la actuación de bomberos.

Estamos absolutamente de acuerdo y compartimos que no tiene que haber ninguna disminución del número de bomberos, ni tampoco del número de TES, como también que se incluyan en la plantilla orgánica o que se incluya en el registro de profesiones sanitarias, como también creemos que es muy importante todo el tema de lo que es reordenar el voluntariado y complementar la formación, y además que también se incluya a lo que es el voluntariado.

Nos parece importante, y además insisto también es una reivindicación de las que se planteaban hace dos legislaturas, es decir, el unificar todos los protocolos, tanto en determinadas actuaciones, como esos protocolos conjuntos a la hora de actuar, porque es verdad que hay momentos en que actúan distintas partes implicadas. Entonces, creemos que es importante esa protocolización, así como el tipo de transporte, los tiempos... todo lo que han ido explicando. No me voy a extender.

También nos parece absolutamente importante la formación continuada, sobre todo para todo el personal –y remarco lo de «todo», y pongo con mayúsculas– para todo el personal propio, voluntario y concertado.

Algo que ha dicho el señor Gabilondo y creo que también hay que tener en cuenta es que, desde luego, no se puede ver el transporte sanitario, en este caso en Sanidad, pocas cosas se pueden ver como compartimentos estancos, pero desde luego el transporte sanitario no. Como ha dicho él, y compartimos, es una parte de los servicios de urgencias, y diría yo de todo el sistema sanitario. Por eso, lo importante de todo eso es tener esa visión y que se pueda trabajar de manera coordinada, coherente y, como han explicado ustedes, con esa flexibilidad organizativa, y que la ambulancia más cercana y disponible sea la que en cada momento se ponga en funcionamiento. Y digo esto porque cuando hablamos con esta visión, lógicamente tenemos que tener en cuenta otro tipo de actuaciones y de actividades que se están haciendo dentro del departamento y es todo ese trabajo que se está haciendo, del que hablaremos además luego, más tarde, el de los servicios comarcales de urgencias, toda la reforma de atención primaria, todo lo que tiene que ver con los espacios socio-sanitario. En todo ese contexto hay que tener también en cuenta todo lo que se está planteando ahora aquí.

Voy terminando. Les queremos transmitir que dentro de lo que es SOS Navarra, nos parece importantísimo que sea el Departamento de Salud el que lidere el transporte sanitario pero tiene que tener ese carácter disciplinar, lo que es el propio SOS, y también nos parece importante el reforzar la presencia de Salud en SOS Navarra. Pero insisto, dentro de ese carácter multidisciplinar, creo que es el Departamento de Salud el que tiene que liderar el transporte.

Termino diciendo que estamos de acuerdo y que nos parece muy importante que por fin se hayan solucionado los problemas y se haya buscado una solución con la que parece que todas las partes están de acuerdo, que es con los problemas que hemos tenido con el transporte sanitario y con la empresa que lo gestionaba en Tudela, y que se haga un nuevo concierto en el

que haya un control de calidad y que, además, se ponga de manifiesto que tiene que haber un cumplimiento de las contrataciones.

Dicho esto, desde Euskal Herria Bildu nos damos por satisfechas. Creemos que hay que seguir trabajando. Lógicamente, esto no es el final de nada, pero nos damos por satisfechos de los resultados de ese debate sobre el Modelo de Transporte Sanitario y el reflejo que va a tener dentro de poco en cuanto a calidad del servicio y en cuanto también a calidad de condiciones laborales, protocolos, etcétera, como ya he dicho, del propio servicio en sí. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko zuri. Tiene ahora la palabra la señora Sáez por parte de Podemos-Ahal Dugu.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko, señora Presidenta. Muchísimas gracias, señor Consejero, señor Director General, señor Luis Gabilondo. Por parte de Podemos-Ahal Dugu, lo primero que queremos dejar claro es ese agradecimiento que ya han expresado otros grupos, por un lado a quienes han participado más directamente, y sobre todo a quienes no solamente han participado directamente en este proceso, que era tan necesario, sino quienes han insistido desde un principio otra vez en esta legislatura que había que abordar este tema. Ciertamente venía de lejos este asunto, pero estamos en esta, y en esta ha habido colectivos, no solamente grupos políticos, sino colectivos que han estado insistiendo que este tema era fundamental. Desde luego, Podemos-Ahal Dugu queremos darles el agradecimiento a que, desde un inicio, en 2015, dijeran que hay que ponerlo sobre la mesa, hay que volver a abordarlo, y nos referimos tanto a colectivos profesionales, como a algunos sindicatos como a personas que han estado ahí pujando y pujando.

Por nuestra parte, la verdad, también queremos dar la enhorabuena al departamento en ese sentido porque creemos que ustedes por lo menos han hecho una buena participación en este trabajo y han puesto el mecanismo para trabajar, es decir, han posibilitado que se haya podido hacer este proceso de trabajo participativo, de un montón de personas, entidades, etcétera, y recogiendo el amplio espectro que tiene que ver en esta problemática.

Así que sí que es importante su papel. No todas las administraciones han hecho el mismo y esto hay que recordarlo, es decir, ¿los temas vienen de viejo? Sí, efectivamente. ¿Que son los mismos? Claro que sí, pero no es lo mismo cómo se actúa. Se puede decir, ahí están y no hacer nada o hacerlo de una manera que luego no tiene consecuencias o se queda en papel mojado, o realmente se ponen los mecanismos para que esto sea posible.

Entendemos que en esto, desde que se empezó a trabajar explícitamente, desde la declaración de marzo de 2016, se pone a trabajar. Su papel, ha sido determinante también en este proceso.

También, desde luego, ya se ha remarcado, Podemos-Ahal Dugu tenemos claro que esto no es un final de nada, es un inicio, ustedes lo dejan también muy claro, es un comienzo, es un comienzo que era, como estoy diciendo, fundamental. Y quiero insistir además en por qué el transporte sanitario –que ya se ha dicho– no es solo, es mucho más integral, tiene que ver con otros conceptos, con toda la urgencia, pero tiene una cuestión que es muy directa con la ciudadanía, es decir, que es un servicio que la ciudadanía lo recibe directamente y que, desde

luego, cuando se aborda bien, como en otras cuestiones que aquí planteamos, salva vidas o, desde luego, mejora las vidas y, por lo tanto, hay que hacer lo posible para que sea el mejor transporte sanitario unido a toda la urgencia.

Les decía que no es el final este para Podemos-Ahal Dugu, pero sí que es un buen comienzo y como bien saben porque lo hemos explicado muchas veces, nuestro final es seguir trabajando hacia esa empresa pública de emergencia y transporte sanitario, de la que ya llegará el momento cuando sea el momento oportuno y cuando estén las condiciones dadas. Desde luego, nuestra apuesta es que sí, que el empleo sea público en el transporte sanitario.

La verdad que en todo este proceso ha sido muy importante abordar aquellas cuestiones que estaban sobre la mesa, aquellas cuestiones como un transporte que ni siquiera estaba protocolizado, no es que no hubiera protocolos específicos, como se han avanzado ya en estos momentos, sino que ni siquiera estaba protocolizado en cuanto hasta la figura estética, ni este tipo de cuestiones en que no se sabía muy claramente quién estaba al frente, qué departamento, o cuál no o cuál sí, y que les unía a unos o a otros.

Ese ha sido un paso importante también, desde nuestro punto de vista, aclarar la importancia del Departamento de Salud en este tema, porque estaba completamente tapada, en lo que estábamos viendo hasta ahora y decimos –siempre lo hemos dicho– porque es Salud quien tiene que liderarlo, aunque sea mucho más interdisciplinar con la figura, como se ha comentado, de SOS Navarra, por supuesto, pero Salud es fundamental en este trabajo, y lo ha recogido muy bien.

Efectivamente, también quedaba por aclarar todo el tema de las figuras profesionales y ha sido un paso el que hoy la figura de TES esté más clara, el hecho de que se le reconozca, el hecho de que creen puestos de plantilla, que se aclare también el papel de los y las bomberas en este tema, y desde luego qué necesidades específicas se deberán tener para trabajar en ello, es decir, que se cumpla la normativa para todo el mundo, algo que no se estaba haciendo.

Para Podemos-Ahal Dugu eso tiene que ver también mucho con que es algo que está en el acuerdo programático, y para nuestro grupo lo que está en el acuerdo programático es algo que hay que cumplir y que, por lo tanto, es de obligado cumplimiento, el proceso que se está haciendo, además de por todo lo que se está señalando en las dificultades que tenía.

El tema de la formación, lo que han señalado, es decir, como venía el personal que trabaja diciendo que se necesita más formación que, además, se ha reconocido desde el Departamento de Educación para aquellas personas que vienen trabajando y que necesitan, diríamos, la titulación que les avale. Todo eso nos parece fundamental, pero me voy a limitar a decir el que estén planteando también cuestiones como qué tiempo será necesario para las personas, para la emergencia, para las urgencias, cómo vamos a coordinarnos con otras provincias o regiones colindantes para que garanticemos para todo el mundo este servicio.

La idea en que han insistido constantemente de que es todo Navarra. Esto es fundamental porque Navarra no es solo Pamplona o solo Tudela, por poner un ejemplo, sino que es todo Navarra, independientemente de dónde están situadas las infraestructuras si la atención que tiene que tener para todo Navarra. Eso no quita que la infraestructura deba estar bien situada.

También creemos que en lo que han hecho durante estos meses de trabajo queda bien reflejado también cómo se van a ir abordando cuestiones para todo Navarra. Lo han especificado muy bien: Lodosa, Tafalla, etcétera.

Queremos decirles también que, desde luego, el proceso participativo es lo que tenemos que retener como algo a mantener constantemente porque esto, como digo, no va a acabar aquí, vamos a tener que seguir valorando, evaluando, decidiendo y para eso es fundamental que mantengamos el proceso participativo de quienes han estado, que puedan continuar haciendo ese ejercicio también para que realmente hagamos algo bueno, trabajado por todo el mundo, en buena coordinación, donde estén presentes absolutamente todos los estamentos.

Ahí voy a hacer un inciso al tema del voluntariado, que todo el mundo ha nombrado ya. Es verdad, hay que darle las gracias de lo que han hecho hasta ahora en esta materia, lo que van a seguir haciendo y el papel que les va a seguir correspondiendo en todo este proceso.

Lo único que nos queda decirles es que esto, efectivamente –se ha dicho–, agua de borrajas no va a ser, señora Ganuza, porque hay otro momento, en el sentido de que la gente ha participado, se lo cree y va a estar siguiéndolo, y esto es lo fundamental, que se cumpla, es lo que tenemos que hacer, que no haya falsas expectativas, que no haya insatisfacciones, porque ganas de que esto funcione hay muchas en muchísimos colectivos. Por lo tanto, lo que hay que hacer es eso, que se cumpla, que tenga los presupuestos necesarios anualmente, que realmente se impongan los mecanismos de control para su ejecución y una buena evaluación.

Y algo que ha dicho el señor Gabilondo también pero que queda muy pequeñito, es la consulta a las personas usuarias, porque son la clave, es decir, quien usa un servicio tiene que dar su opinión, y eso no se nos puede olvidar nunca a la hora de hacer la evaluación de las mejoras, de los cambios, y hacia qué camino vamos a continuar.

Por nuestra parte, algunas preguntas muy pequeñas que sí que nos parecen importantes. Nos parece muy satisfactorio el tema de cómo van a abordar ya el tema con la empresa SCG en Tudela y Sangüesa, pero nos gustaría saber cómo queda todo lo que tiene arrastrando, es decir, ha tenido multas..., es decir, ¿todo esto queda en agua de borrajas o a partir de ahora borrón y cuenta nueva? Nos gustaría saber, porque realmente sí que es un tema importante lo ocurrido y que ha estado muy presente en este Parlamento.

También nos gustaría saber si han previsto o tienen alguna previsión con el tema de la profesión TES, su paso, es decir, el paso a los organismos públicos, si lo tienen previsto, porque también tenemos experiencias en otras cuestiones, como cocinas, etcétera, en que ha habido algunas dificultades, y estaría bien que vayamos trabajando este tipo de cuestiones.

También se ha hecho esa solicitud, nos gustaría que explicaran un poquitín más el tema de los comités técnicos, lo ha pedido también la señora Ganuza, es decir, la previsión más clara de cuándo, quiénes, cómo, o sea, esa figura responsable. Si pueden detallar un poquito más. Lo que han explicado nos parece claramente importante, pero sí podrían ahondar un poquito más en ello.

También nos sumamos a la petición de la ambulancia de Tudela a partir de las 22:00. Y nada más.

Y también el tema del voluntariado, el tema de la DYA, que no se nombra, y nos gustaría saber si queda explícito aquí. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra ahora la señora Medina por parte del PSN.

SRA. MEDINA SANTOS: Gracias, Presidenta. Buenos días a todos y a todas, egun on. Lo primero, dar la bienvenida al señor Consejero, al Director General, el señor Gabilondo, y a la Jefa de Gabinete del señor Consejero. Bienvenidos y muchas gracias por las explicaciones y por la documentación aportada.

Desde el Partido Socialista ni vamos a decir que es agua de borraja, ni tampoco vamos a tener un discurso tan triunfalista como tiene el cuatripartito. Vamos a reconocer lo que se ha hecho bien, lo que está bien en el documento y, por otra parte, también los fallos que desde el departamento consideramos que se han cometido con el documento.

Primero, también queremos agradecer a todas las personas que han participado en la mesa. Creemos que se ha hecho un buen trabajo en la mesa de trabajo, por fin, porque evidentemente compartimos con el resto de los grupos que no era un tema fácil y lo demuestra que llevamos desde el año 2007 con el tema coleando. El tema no era fácil y que se haya conseguido un documento de consenso, en nuestra opinión un documento además bueno, eso también indica que se ha hecho un buen trabajo.

Ahora bien –y aquí viene el discurso menos triunfalista–, lo que no entendemos y seguimos sin entender después de la comparecencia, es que se haya tardado cinco meses en traer el documento al Parlamento. Salió de la mesa de trabajo el 31 de marzo, ya lo dijimos en una pregunta oral antes de que acabara el curso parlamentario, y desde el 31 de marzo han tenido ustedes tiempo para traerlo al Parlamento y empezar a ejecutar. Entonces, no entendemos por qué se ha tardado tanto tiempo. Desde nuestro punto de vista de todas luces es incomprensible. Desde el departamento se dijo a los miembros de la mesa de trabajo que el documento, para ponerse en marcha, tenía que aprobarse por el Parlamento. ¿Se refería usted a que pasase por el Parlamento en esta Comisión o tienen ustedes previsto hacer alguna otra acción para traerlo a Pleno? No sé a qué se referían ustedes con el tema de la aprobación por parte del Parlamento, si a partir de hoy ya está aprobado. En principio, nos gustaría también que nos contestase a esa pregunta.

Después de escuchar las explicaciones, nos sigue faltando un cronograma mucho más concreto. Es verdad que ustedes hablan de 2018, diferentes acciones, pero el 2018 puede ser el 1 de enero de 2018, o puede ser el 31 de diciembre de 2018. Entonces, nos gustaría un cronograma mucho más concreto y sobre todo nos parece fundamental crear cuanto antes los comités técnicos de transporte urgente y transporte programado.

¿Por qué nos parece fundamental crear estos comités técnicos? Hay que recordar que no se ha señalado por parte de ningún grupo que desde el día 1 de enero de 2017 estamos con contratos prorrogados con una de las empresas adjudicatarias de las ambulancias, por lo tanto es imprescindible una licitación cuanto antes. Tampoco ha dicho cuándo. Ha dicho que sí, que estaba ya hablado, pero no se ha señalado la fecha prevista para el tema de la licitación.

Estamos de acuerdo y nos parece fundamental, y en ese sentido nos alegra haberle escuchado, que las bases de la licitación van a ser sobre la base del documento aprobado, porque si no, no tendría ningún sentido el documento, pero también queremos que conste el compromiso del departamento de que las adjudicaciones en ningún caso van a ser por debajo del coste real del servicio. No sé si se tiene un documento, una auditoría, del coste real del servicio para no cometer los mismos errores que se han cometido hasta ahora.

Nos alegra también que en el documento se recoja y se tenga muy presente que la responsabilidad, independientemente de que se adjudique o que sea recurso propio, siempre va a ser del Departamento de Salud. En ese sentido, esperamos que se realicen las acciones oportunas de inspección, de control y todo el tema de control a la empresa adjudicataria que resulte, y que claramente se cumpla lo que está plasmado en el documento.

Nos parece también fundamental que en el documento se recoja la valoración anual del Nuevo Modelo de Transporte Sanitario porque, evidentemente, va a requerir unos ajustes porque, al final, en el documento, en lo escrito, se recogen muchas cosas que luego, a la hora de ponerlas en práctica, van a tener que ser o modificadas o ajustadas. Entonces, esa revisión anual y esa posibilidad de que la mesa se puede reunir en cualquier momento para cualquier cosa que pueda surgir también nos parece muy buena medida.

Desde el Partido Socialista lo venimos insistiendo desde que se aprobó el documento. Es verdad que nosotros dijimos seis meses en la moción que se aprobó aquí, seis meses para la mesa, seis meses, ocho meses, para consensuar, un año... Nos parecía importante sacar un buen documento, pero insisto, el documento está desde el 31 de marzo y lo que nos parece importante es que el departamento ahora tenga voluntad política para ponerlo en marcha lo antes posible. Insisto, el cronograma es fundamental, un cronograma mucho más concreto. 2018 nos queda corto, y sobre todo poner en marcha los comités técnicos, que van a ser la herramienta fundamental para poner en marcha el resto de acciones que se recogen en el documento.

La participación está muy bien, pero más allá de lo escrito, creemos que la participación es útil cuando se pasa de lo dicho a los hechos, y en eso creo que se necesita mucha más celeridad por parte del departamento. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): De Izquierda-Ezkerra, tiene la palabra la señora De Simón.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Presidente. Muy buenos días a todos y a todas, buenos días señorías. Muy buenos días y bienvenido, señor Domínguez, señor Gabilondo y señora Ochoa. Gracias por la información, las explicaciones y la documentación.

Yo tengo que pedir disculpas también a la señora Ganuza por mi sonrisa, pero la voy a justificar. Me ha llamado mucho la atención que desde Izquierda-Ezkerra se hace una propuesta y una reivindicación, aparte de histórica, la legislatura pasada muy persistente por nuestra parte en la necesidad de reordenar el transporte sanitario, es más, habíamos explicitado en tantas ocasiones qué elementos entendíamos que había que abordar que, francamente, encontrarnos con lo que tenemos aquí en estos momentos, que hay un Modelo

de Transporte Sanitario definido, con concreciones y hay implantación, con compromisos, compromisos políticos, compromisos presupuestarios, incluso con una traducción normativa con la previsión de una orden foral. Esto para Izquierda-Ezkerra es pasar casi de la nada al todo y como lo vemos así, así lo expreso hoy.

Para nosotros fue un problema muy importante todo lo que tenía que ver con los perfiles profesionales, con la formación, con los equipamientos y los requisitos técnicos de los vehículos. Fue muy importante, fue y era un problema grave para nosotros la no aplicación del Real Decreto 836/2012, su retraso en la aplicación en toda la legislatura pasada.

Teníamos muchas dudas y teníamos muchos problemas, veíamos problemas entre lo público y lo privado en relación con la gestión de que el transporte sanitario y sus decisiones, nuestra propuesta había sido siempre, y es y sigue siendo todavía la gestión pública de los mismos. Teníamos muchas pegas y muchas dudas, porque las había, en relación con la relación, valga la redundancia, que tiene el Modelo de Transporte Sanitario con la emergencia y la urgencia rural, y la equidad y la atención sanitaria a toda la población y en particular, como decía, de la urgencia rural y teníamos también propuestas, teníamos problemas y críticas en relación con la eficiencia y a la eficacia del modelo que teníamos antes, que tiene que ver con los distintos profesionales que intervenían: bomberos, TES, profesional sanitario.

Entendemos que se ha avanzado muchísimo en estos aspectos y además se ha avanzado políticamente en el sentido político en el que Izquierda-Ezkerra hacía esta cuestión. Por lo tanto, no tenemos más que mostrar satisfacción en este sentido.

Había también dificultades entre lo que es el soporte vital básico, el soporte vital avanzado y la actividad programada. Había problemas para respetar además los derechos de los trabajadores y trabajadoras que venían prestando sus servicios. Entonces pues una noticia estupenda, que no va a haber ninguna merma en TES, ninguna merma en bomberos.

Por lo tanto, insisto, tenemos un Modelo de Transporte Sanitario y tenemos unos protocolos. Los protocolos son fundamentales, pero el protocolo además no afecta a lo que es el transporte sanitario en sí, en relación con los vehículos que se tiene, dónde se va, dónde se viene y cuándo, es que afecta también a lo que es el modelo global general de la atención sanitaria en el caso de las emergencias y de las urgencias y en el caso, como decía, de la atención en la zona rural. Y tiene que ver también con la participación de otros profesionales como puede ser en un momento la policía municipal o yo qué sé qué. Quiero decir que esto va mucho más allá y esto responde a un modelo de lo que es la atención sanitaria a la población donde la equidad es uno de los elementos fundamentales, y la calidad también.

Por lo tanto, termino resaltado las cuestiones que para nosotros son muy importantes: ese compromiso de que el soporte vital avanzado pase en su totalidad a formar parte a la gestión pública; ese compromiso de esos nuevos conciertos con las nuevas condiciones para las nuevas empresas adjudicatarias respecto del soporte vital básico y de ese transporte programado; el aumento de recursos en Tudela y Tafalla. Por lo tanto, yo creo que globalmente, que es lo que a nosotros nos interesa, sin entrar en las cuestiones de que si llegó dos meses antes o dos después, a nosotros lo fundamental, desde Izquierda-Ezkerra, nos parece que en este momento tenemos un modelo de transporte sanitario definido, enmarcado

en un proyecto mucho más global, como decía, y que ha sido una propuesta muy participativa y muy participada en lo que a nosotros y a los colectivos con los que tenemos relación nos afecta.

Por lo tanto, no me queda más felicitar en este caso al Departamento de Salud por el trabajo que ha desempeñado, a todos los profesionales, a todos los grupos políticos y a todos los colectivos que han participado en este proceso. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muy bien, muchas gracias. Ahora vamos a hacer un receso de diez minutos debido al volumen de preguntas que tienen que contestar el Consejero y su equipo, y que las quieren preparar. En diez minutos nos reunimos.

(Se suspende la sesión a las 10 horas y 32 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 10 y 47 minutos.)

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Nos hemos pasado un poco del tiempo. Reanudamos la sesión. Tiene la palabra el señor Consejero –y el señor Gabilondo, supongo– para contestar a las preguntas formuladas.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias. Antes de pasar a responder a las preguntas, quiero agradecer las aportaciones de todos los portavoces de todos los grupos. Vamos a ir respondiendo de las notas que hemos ido tomando un poco a buena pluma.

Se ha comenzado criticando la participación y la concreción. Yo creo que el departamento ha apostado desde el principio por la participación, creo que se ha hecho un buen trabajo en la mesa y desde aquí quiero felicitar a los componentes y sobre todo a Luis Gabilondo, que ha sido el que la ha dirigido. Yo creo que se ha hecho un buen trabajo, participativo.

En cuanto a la concreción, yo creo que esa mesa ha llevado a tomar unas decisiones muy concretas y algunos compromisos por parte del departamento que han quedado bien claros en la primera parte de la exposición que hemos hecho. Por tanto, yo creo que apostamos al principio por el consenso y seguimos apostando en este momento en toda la operativa de la implantación.

Se ha comentado también que no se ha concretado mucho en cuanto al cronograma, pero es que realmente lo que se ha planteado es un plan estratégico y que la operativa empieza ahora. La implantación de este Modelo de Transporte Sanitario va a estar íntimamente ligada al desarrollo de la estrategia de atención primaria y al Modelo Territorial de las Urgencias. Por lo tanto, hablaremos algo también del cronograma en la siguiente comparecencia y hasta donde se pueda concretar, porque va a depender mucho del grado de implantación de las urgencias.

Se ha comentado si ha habido un acuerdo con las comunidades limítrofes y quiero recordar que hace más de un año ya llegamos a un acuerdo con el País Vasco, de las urgencias, y la próxima semana vamos a concretar, vamos a firmar un convenio con La Rioja que también recoge aspectos relacionados con el transporte sanitario.

También se ha comentado que hemos tardado mucho tiempo en traer el plan a esta Comisión de Salud. Realmente me gustaría recordar que nosotros solicitamos la comparecencia antes del verano y que, por distintos motivos, no se ha podido presentar hasta ahora. Por lo tanto, en todo el retraso que ha podido haber, por lo menos tres meses no son imputables a este departamento.

En cuanto a la financiación, realmente se ha previsto una partida presupuestaria, pero se dará a conocer cuando proceda, porque cuando todavía no se ha dado a conocer el techo de gasto ni del Gobierno, ni del Departamento, parece prematuro darlo, pero sí que es cierto que quiero destacar que la implantación de este modelo sanitario es una prioridad presupuestaria del departamento.

Y ya para entrar a detallar algunos aspectos técnicos más concretos, ya cedo la palabra a Luis Gabilondo.

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD (Sr. Gabilondo Pujol): En primer lugar, quiero seguir transmitiendo la voluntad de consenso en el desarrollo de todo el proyecto, porque tenemos que realmente es algo de todos, y como, de alguna manera, hay una parte de desarrollo que es de ámbito comarcal, en ese ámbito comarcal van a participar las entidades locales de todo tipo, de todo signo también. En ese sentido, la voluntad de consenso sigue presente.

En todo caso, por dar respuesta a algunos temas muy concretos, primero, dar la razón en el sentido de que la adecuación de la normativa tendrá que adecuarse también a la normativa europea, como no puede ser de otra manera. Hoy en día hay unas regulaciones mayores. Pues en la adecuación será, si bien es cierto, que en este momento estamos optando por una orden foral y todo lo que quepa en el rango normativo de una orden foral se podrá incorporar. Lo otro quedará para la revisión del decreto que puede ser que tengamos que acometerla, pero tampoco tiene tanta prioridad, porque en este momento estamos regulando el funcionamiento del sistema público.

En segundo lugar, con respecto al tema de los protocolos, cabe señalar que se ha elaborado el Protocolo de Catástrofes; el Protocolo de Eventos y Riesgos Previsibles; se ha elaborado el Informe Técnico sobre la Atención a Agitados, que es una cosa que preocupaba, una cosa compleja, pacientes agitados; la atención a neonatos, también se ha elaborado el protocolo de traslado de neonatos, y el de infecto-contagiosos también está elaborado.

Queremos decir que se ha iniciado ya la formación por primera vez ya este año, ya ha habido cursos en los que han podido participar TES del sector privado también. Se ha empezado, todavía, lógicamente, de una manera limitada.

El protocolo de infecto-contagiosos se ha concretado en unos manuales y folletos divulgativos de normas de cuidado y atención al paciente, que también se han ya difundido y divulgado.

Con respecto al tema de tiempo-dependientes, no solo está en vigor el código de infartos, sino que también está el código de ictus, también está elaborado ya el código de trauma grave y está acabándose de elaborar el código de sepsis, de aprobación inmediata, y también toda una estrategia de parada cardíaca extrahospitalaria. En este momento tenemos ya elaborado un borrador de norma para la regulación de los desfibriladores, que en este momento y que en

este trimestre se publicará. Digo un poco por temas relacionados. Si hay algo que creo que está yendo bien es la estrategia en tiempo-dependientes, que creo que es una cuestión realmente relevante.

Con respecto al planteamiento que se hacía sobre el tema de los VIR, de hecho se planteó «cuando sea necesario, se utilizarán». Depende mucho de la ubicación de la ambulancia, es decir, si la ambulancia se ubica en el propio centro sanitario, no es tan necesario el VIR. Desde luego, si está en otras dependencias, entonces es imprescindible. Pero de hecho el VIR es una de las alternativas y de hecho tenemos algo parecido al VIR en los servicios de urgencias, los SEU, de Pamplona, etcétera, se adecuarán las normativas, también se regulará su composición.

Con respecto a los comités, como se ha comentado, tenemos previsto ponerlo en marcha. El Comité de Urgencias lo vamos a poner muy próximamente. En cuanto a la composición, tengo que señalar que no son órganos de participación, son órganos técnicos, que no son representativos, como en todos los comités técnicos se designa al que más sabe de cada cosa. Están representados todos los estamentos, ¿me explico? Lo digo porque en ese sentido no es un órgano sindical. Entonces, la designación, como se hace con todos los comités, nominativa. Lógicamente, habrá representantes de todos los estamentos. Todavía no hemos decidido exactamente la composición, pero es algo que vamos a poner en marcha de manera inmediata.

Hay que tener en cuenta que una vez definida la estrategia por el Departamento, la implementación pasa a ser responsabilidad del Servicio Navarro de Salud y sus directivos tienen que incorporar toda esta nueva estrategia a sus planes de acción y programarlo. Simplemente explicar eso.

Como todo proyecto, coincidimos en la necesidad de su evaluación, sobre todo de aquello que sea verdaderamente novedoso. Es cierto que un elemento importante es la incorporación de nuevos indicadores que permitan evaluar. Para eso, por ejemplo, cuando decimos el desarrollo de tecnologías, nos parecen muy importantes los programas informáticos de control, de monitorización del proceso. Está muy vinculado a eso, en saber qué objetivo se tiene, qué indicador nos permite medirlo y luego montar los registros y los sistemas para poderlo implementar. Nada más, gracias.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias, Luis.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Acabamos este primer punto del orden del día. Vamos a hacer un pequeño receso de dos minutos porque vienen otras personas y para despedir al señor Gabilondo.

(Se suspende la sesión a las 10 horas y 57 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 11 horas y 3 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para explicar el modelo territorial y modelo de urgencias rurales.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Egun on berriri. Saludamos a Javier Díez, Gerente de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, y a Alfredo Martínez, Director de Atención Sanitaria al Paciente del Servicio Navarro de Salud. Se incorporan al punto dos, que es la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para explicar el Modelo Territorial y Modelo de Urgencias Rurales.

La petición era por parte de UPN y para ello tiene la palabra el señor Sayas.

SR. SAYAS LÓPEZ: Gracias, Presidenta. Buenos días, señorías. Lo primero, agradecer la presencia del Consejero y del equipo que le acompaña.

Nosotros hemos pedido esta comparecencia para saber qué es lo que usted va a proponer en materia de urgencias rurales. Ya le pedimos, hicimos una rueda de prensa en el mes de junio, porque tuvimos acceso a un documento o borrador de trabajo –como usted lo quiera llamar–, de su propio departamento en que nos sorprendieron algunas de las medidas que ahí se planteaban en materia de urgencias rurales. Nos sorprendió visto el discurso que habían tenido algunas fuerzas políticas que hoy sustentan al Gobierno y ese mismo discurso que habían tenido cuando eran oposición. Claro, la señora Fernández De Garayalde dice que algunos miembros de este partido traemos el discurso escrito. No lo sé. Lo que tengo muy claro es que algunas fuerzas políticas son expertas en cambiar de discurso y eso es algo mucho más difícil de explicar.

Por otro lado también nosotros le hicimos una pregunta en el Pleno y no nos dio una respuesta para nada satisfactoria porque usted decía, el 13 de noviembre de 2015, que esto para usted era una prioridad. Y claro, cuando ahora también ha dicho que el presupuesto para el transporte sanitario va a ser una prioridad, yo me echo a temblar, porque ustedes dijeron que iban a hacer un informe en el año 2016, estamos finalizando el año 2017 y aquí seguimos sin saber nada de lo que va a hacer usted en materia de urgencias rurales. Por tanto, para ser una prioridad para usted, se le está acabando la legislatura. Dos años creo que es materia suficiente, porque cuando decía el señor Martínez que bienvenido sea aunque sea con retraso, el problema es cuando el retraso es una constante y es la marca y la seña de la casa, que es lo que está pasando en el Departamento de Salud.

Por tanto, lo que queremos es que usted nos explique qué va a hacer en materia de urgencias rurales, qué hay de cierto en aquello que recogía ese documento que, como comprenderá, no lo he escrito yo, en el que habla de eliminar puntos de atención continuada, de cambiar guardias presenciales por guardias localizadas, de adecuar y reordenar consultorios periféricos y de comarcalizar la pediatría. De eso es de lo que queremos que nos informe. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Vemos que el señor Sayas también ha arrancado con fuerza. Tiene la palabra el señor Consejero para que nos cuente todas las dudas que le...

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Buenos días de nuevo, egun on. La Organización Mundial de la Salud define la atención primaria como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada

una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Solo una comunidad con un sistema sanitario dotado de una atención primaria fuerte y que de verdad apueste por ella será capaz de afrontar los retos asistenciales y sociales a los que se enfrenta.

A pesar de los logros conseguidos por atención primaria en Navarra y la ampliación de su cartera de servicios, es necesario proseguir el avance y adaptarse a las nuevas circunstancias a las que se enfrenta hoy en día con una perspectiva de futuro.

Dentro del Plan de Salud de Navarra se ha concretado un plan de acción para 2016-2019 con unos objetivos y metas estratégicas a conseguir durante la legislatura. En este marco, una de las metas es la mejora de la atención primaria continuada y urgente. A este objeto, se elabora este documento donde se abordan las líneas estratégicas y acciones a desarrollar para la consecución de este modelo.

Nos hemos comprometido a definir el horizonte estratégico de atención primaria, así como también a dar respuesta a los compromisos programáticos de la legislatura y todo ello con un único fin, que es garantizar servicios de salud integrados y centrados en la persona.

En relación con el acuerdo programático, me gustaría recordar que recoge los siguientes puntos: abordar la reforma de la atención continuada y urgente, apostar claramente por la priorización de la atención primaria como eje del sistema sanitario, revitalizar e impulsar los consejos de salud, acometer la regulación y reorganización del servicio y el transporte sanitario, impulsar la prevención y promoción de la salud que oriente y racionalice las actuaciones del sistema sanitario, y fortalecer las estructuras de desarrollo local.

Es fundamental un apoyo firme y decidido a la atención primaria en su empoderamiento como agente clave en muchos aspectos de la salud, recogidos en esta diapositiva y entre los que destacaría que debe de ser el agente del paciente ante el sistema sanitario el responsable principal de prestar y promover una atención de calidad continuada, integral y longitudinal verdaderamente orientada al paciente, debe ser agente clave en el impulso de las estrategias de promoción de la salud e intervención comunitaria en el ámbito local garante de una atención sanitaria accesible y agente clave en la priorización clínica, responsable principal de proveer cuidados sanitarios, promover la autonomía funcional de las personas y prevenir la dependencia, o debe ser también agente clave en la eficiencia global de las actuaciones mediante una práctica basada en la evidencia, un uso racional de los recursos y una adecuada gestión de la incertidumbre.

La estrategia tiene como principal objeto garantizar servicios de salud integrados y centrados en la persona, que den respuesta a las prioridades en salud, las necesidades ciudadanas y las expectativas de los profesionales. Pretende definir el horizonte estratégico de la atención primaria en Navarra y dar respuesta a la reforma de la atención continuada y urgente, la priorización de la atención primaria como eje del sistema sanitario, impulsar la prevención y promoción de la salud, acometer la regulación y reorganización del servicio de transporte

sanitario, revitalizar e impulsar los consejos de salud, y fortalecer las estructuras de desarrollo local.

Dentro de cada uno de los objetivos estratégicos del Plan de Salud para Modelo de Atención Primaria, se desprenden los siguientes proyectos estratégicos con base en los cuales se desarrollará la estrategia, enmarcados por una redefinición de los roles y atribuciones de la atención primaria y del modelo territorial. Los proyectos, por tanto, son Modelo Territorial y Modelo de Urgencias Rurales, Modelo de Participación e Intervención Comunitaria, Plan de Mejora de la Capacidad Resolutiva, Modelo de Atención Socio-Sanitaria, Modelo Organizativo y de Recursos Humanos, Modelo de Autonomía y Gestión Clínica, Modelo Tecnológico y de Sistemas de Información, Modelo de Formación y Desarrollo Profesional, y Plan de Atención Integral a la Infancia.

En este caso, nos centraremos en el Modelo Territorial y de Urgencias Rurales. Como se ha comentado al principio, las bases de la estrategia van a ser y ya están siendo sometidas a un amplio proceso participativo. En una primera fase, iniciada en 2016, se elaboró una propuesta técnica por parte de los equipos directivos del Departamento de Salud del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que incluye la definición de objetivos, principios, propuestas claves, así como objetivos y líneas estratégicas fruto de análisis de situación interna y externa que sirviera de base para un amplio proceso de participación profesional y social.

El contenido de este documento de bases de la estrategia de atención primaria de salud fue presentado públicamente en marzo de 2017 y se realizaron las primeras reuniones con grupos de interés e instituciones.

En la segunda fase, que se está desarrollando en este momento y que es la marcada en rojo, se ha iniciado un extenso proceso participativo. El proceso tiene dos focos específicos. El primero, centrado en el desarrollo del Modelo Territorial y de Urgencias Rurales, y el segundo, en las bases generales de la Estrategia de Atención Primaria.

En relación con el Modelo Territorial y de Urgencias Rurales, el proceso de participación comenzó con tres grupos focales técnicos. Un documento de síntesis de las propuestas de los grupos se presentó en una reunión con los participantes de los grupos, y fruto de este trabajo, el pasado mes de agosto se elaboró una encuesta que se remitió a todas y todos los profesionales de los equipos de atención primaria rurales. Como final de este proceso está prevista una jornada con agentes institucionales locales para su pilotaje en la comarca de Tafalla y la elaboración del documento final. De igual forma, una vez llegado a un consenso técnico profesional, se abrirá un proceso de negociación sindical.

En cuanto al Proceso de Participación sobre las bases de la Estrategia de Atención Primaria de Navarra, se desarrollará entre los meses de octubre y diciembre de este año. Dicho proceso se ha estructurado en dos subprocesos: el Proceso Participativo Técnico Profesional y el contraste social de las bases de la Estrategia de Atención Primaria de Navarra.

El Proceso Participativo Técnico Profesional sobre las bases de la Estrategia de Atención Primaria de Navarra se desarrollará en cuatro sesiones técnicas que se realizarán en cascada en diferentes grupos convocados específicamente para dicho fin. Las propuestas y

aportaciones se presentarán en una jornada de retorno a los y las participantes y se realizará un informe final de todo el proceso.

El contraste social de las bases de la Estrategia de Atención primaria de Navarra está previsto articularlo mediante una jornada de participación abierta con 120 participantes. Además, se realizarán reuniones informativas comarcales. Las aportaciones se recogerán en un informe final del proceso.

En una tercera fase, entre diciembre de 2017 y enero de 2018, tras el estudio de las propuestas contenidas en los informes de los procesos descritos anteriormente, se procederá a la redacción del borrador de la Estrategia de Atención Primaria. Este borrador será presentado a exposición pública en el portal de transparencia y gobierno abierto y a través de los medios más adecuados para conseguir recabar aportaciones de la sociedad en general y de revisores externos.

Recibidas todas las aportaciones, se procederá a redactar el informe final del proceso, y tras valorar las propuestas técnicas y sociales, se presentará el documento final de la Estrategia de Atención Primaria de Navarra para su aprobación y se dará a conocer a la ciudadanía.

En esta diapositiva pueden observar un esquema metodológico del proceso en curso en estos momentos. Durante el período comprendido entre los meses de marzo, presentación pública y difusión a todos los equipos de atención primaria de Navarra, y junio de 2017, se mantuvieron reuniones, se presentaron las bases de la estrategia y se animó a la participación y realización de aportaciones a las entidades y asociaciones aquí relacionadas; a ustedes, representantes de la Comisión de Salud del Parlamento de Navarra; al Consejo Navarro de Salud; a la Junta Técnica Asistencial de Atención Primaria; a la Comisión de Personal; a los y las profesionales de los centros de salud; a los representantes médicos de Urgencia Sur, al servicio normal de urgencias de Tafalla, etcétera.

Vamos a centrarnos ahora en el modelo territorial y en el modelo de urgencias rurales. Todo este preámbulo ha sido un poco para contextualizar en qué territorio nos movemos. En Navarra, las zonas básicas de salud en el medio rural son, en general, de pequeño o mediano tamaño debido a la dispersión y el número de habitantes de las poblaciones comprendidas.

Por otra parte, en esta estructura territorial, tiene un fuerte arraigo el componente comarcal como forma de lograr aproximar y centralizar servicios de apoyo para las localidades limítrofes. En esta línea, se propone acercar a las comarcas y por tanto también a las localidades que las componen, tanto medios diagnósticos como la radiología, retinografía, apoyo especializado, fisioterapia, recursos socio-sanitarios, hospitalización domiciliaria, y también concentrar recursos que permitan atender a la atención continuada, a urgencias y emergencias de una forma ágil, efectiva y eficiente.

Con el modelo que presentamos, pretendemos, en primer lugar, incrementar la capacidad resolutoria de los y las profesionales; en segundo lugar, la ordenación territorial de los recursos con la subsiguiente mejora de la accesibilidad a la sanidad; en tercer lugar, el fomento de la gestión y liderazgo clínico; y finalmente, la coordinación e integración de servicios a nivel local.

En la actualidad, los servicios sanitarios y sociales son prestados por diferentes entidades, lo que tiene como consecuencia una fragmentación de la atención. Se propone una atención integrada, mucho más eficiente y cercana al ciudadano en la línea de las propuestas más avanzadas en este campo.

El objetivo estratégico del modelo territorial es mejorar la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, priorizando la atención a las urgencias. En relación con los objetivos generales, se persiguen los siguientes. En primer lugar, garantizar un sistema de urgencias que otorgue seguridad a la población rural; apoyar a los equipos de atención primaria; promover la salud y la intervención comunitaria sobre sus determinantes; promover la autonomía de las personas; impulsar el ejercicio terapéutico, la rehabilitación orgánica y funcional y prevenir la dependencia; apoyar la estrategia de crónicos; ofertar un modelo de atención socio-sanitaria integrada a las personas dependientes que favorezca su permanencia en el hogar, prevenga los ingresos hospitalarios y la institucionalización permanente; ofertar un modelo de atención integral a la infancia en el ámbito local; mejorar la accesibilidad a los servicios hospitalarios y reducir las desigualdades en salud.

La diversidad de Navarra, tanto a nivel geográfico como por las características de su población, requiere –y esto es importante– la individualización de los diseños comarcales una vez establecidos aquellos comunes para todos.

Los principios comunes del modelo territorial son los siguientes: desarrollo de distintos tipos de servicios locales, subcomarcales y comarcales en función del nivel de especialización, coste y frecuentación de los servicios; plantear conjuntamente las demarcaciones para atención primaria, social y de salud; características socio-económicas homogéneas de las comarcas y subcomarcas; evitar dividir zonas básicas con sus municipios al hacer la distribución por comarcas y subcomarcas; los centros y servicios de atención socio-sanitaria comarcal deben estar en una isócrona razonable del domicilio del paciente; tomar en consideración el flujo natural de la población; y que las comarcas han de seguir una distribución según un número de población total comprendido en unos rangos, teniendo en cuenta también la población mayor de 65 años.

En esta diapositiva se expone una relación de los servicios comarcales propuestos en la estrategia clasificados según sean servicios de atención primaria y salud comunitaria, servicios socio-sanitarios, servicios de atención integral a la infancia y servicios de atención hospitalaria.

Como es evidente, la implantación de todos estos servicios se realizará de forma gradual, pero se extenderá con rapidez una vez evaluado. Se pretende iniciar la implantación de las diversas acciones de una forma rápida corrigiendo lo que pueda no funcionar y exportándolo a otras comarcas. Las diversas acciones pueden desarrollarse en varias comarcas simultáneamente de forma que una vez evaluadas puedan extenderse a las demás, completando progresivamente el modelo.

En esta diapositiva pueden apreciar los servicios presupuestados para 2017-2018 que se llevarán adelante y las comarcas en las que comenzarán a desarrollarse en los próximos meses. Destacan en la comarca de Tafalla la implantación del servicio de urgencias comarcal y de transporte sanitario, la ampliación de horario de radiología, así como el modelo de atención

socio-sanitaria. En el área de Estella, la promoción, prevención e intervención comunitaria, las escuelas de salud y la puesta en marcha de la retinografía. En la zona de la Sakana, la radiología recientemente anunciada; la retinografía; la enfermera de salud escolar, que se implantará siguiendo un proyecto que se dará a conocer a lo largo de este mes de septiembre; así como el modelo de atención socio-sanitaria. En Sangüesa-Pirineos, la radiología y retinografía. Y finalmente, en Bidasoa-Santesteban, la construcción del nuevo centro de salud, que se dotará además de radiología y retinografía.

En relación con las urgencias, el objetivo estratégico es priorizar la atención en el medio rural. Como objetivos generales se contemplan los siguientes.

Priorizar la atención a la emergencia con visión comarcal, de manera que para el año 2020, el 75 por ciento de la población se sitúe en una isócrona de 15 minutos de un servicio médico específico de emergencias, como hemos comentado en la comparecencia anterior.

Mantenimiento a corto y medio plazo de los actuales PAC. Repito: mantenimiento a corto y medio plazo de los actuales PAC, adecuando, eso sí, las tipologías y horarios según la frecuentación observada.

Flexibilizar la evolución organizativa adaptándola a las necesidades de cada comarca y con participación social y profesional y de acuerdo con proyecto de autonomía organizativa de los equipos.

Integración orgánica y funcional progresiva del personal de los SUR en la actividad ordinaria de los equipos de atención primaria.

Eliminación de las microguardias. Integración de los servicios de urgencia con los recursos de transporte sanitario. En este punto, es importante remarcar que se ha estudiado la accesibilidad, la actividad y características de los 43 diferentes puntos de atención continuada y de las zonas de especial actuación. Con base en ello se proponen las siguientes categorías o tipos de puntos: servicio de urgencias comarcal o subcomarcal de alta capacidad con personal y medios diagnósticos, ambulancia de soporte vital avanzado, que preste su atención en las localidades donde se ubique y, a su vez, pueda servir de apoyo a zonas, apoyo a otros PAC de la comarca en emergencia, con un horario de 24 horas.

PAC tipo 1 son aquellos que tienen más de 2 actuaciones de promedio y se encuentran a más de 11 minutos de un servicio de urgencias comarcal con características similares al PAC actual, tanto en recursos humanos como materiales, pero con guardia o jornada desde las 15:30 hasta las 8 horas, y 24 horas sábados, domingos y festivos. La guardia o jornada comienza a las 15 horas y 30 minutos tanto para equipos de atención primaria como para SUR.

Los PAC tipo 2 son aquellos que tienen menos de 2 atenciones a partir de las 20 horas. En ellos se plantea una situación de especial disponibilidad.

PAC de posible agrupación. Si la isócrona al servicio de urgencias comarcal más próximo es de 11 minutos o menos con tráfico normal, el PAC podrá prestar atención continuada y urgente hasta las 20-22 horas y se valorará la agrupación de la atención con el servicio de urgencias comarcal cubierto 24 horas.

Finalmente, los PAC de especial actuación son aquellos que atienden a zonas más aisladas, con dificultades de comunicación y que disponen de modalidades individualizadas de cobertura.

En esta diapositiva pueden observar una propuesta sometida, insisto, sometida a debate, evaluación y valoración de cómo se enmarcarían los diferentes centros en función de la tipología.

En relación con los SUC tipo 1 y a los puntos especiales, parece que no hay duda. En relación con los puntos tipo 2 y de posible agrupación, como ya he indicado, es una propuesta en fase de evaluación y valoración dentro del marco del proceso participativo.

El esquema completo del modelo comarcal que incluyera todos los tipos de puntos de atención sería el que puede verse en esta diapositiva. Coordinado por el 112 y los centros hospitalarios, todos los puntos dispondrán de un vehículo identificado y equipado. El transporte sanitario disponible en número, características y ubicación será el acordado en la Mesa del Transporte.

Los iconos, para una mejor interpretación del cuadro, significan lo siguiente: el maletín negro, el equipamiento de emergencias con mochila de ataque, oxígeno, material de intubación; el cuadro verde, un desfibrilador; la ambulancia de color, un soporte vital avanzado; la ambulancia sin color, un soporte vital básico donde se disponga; el todoterreno, un vehículo identificado para desplazamientos sanitarios; este hombrecito negro significa radiología; los matraces, química seca; la luna, la posible agrupación nocturna de atención a SUC, como vemos, se trataría de un punto de atención continuada muy próximo al SUC; hache, hospital, y el 112. Como ven, se trata pues de una apuesta decidida por la comarcalización.

En este sentido, en relación con los SUC, cabe destacar de su funcionamiento las siguientes cuestiones: estarán abiertos 24 horas, con personal sanitario con experiencia en emergencias, y dispondrán de radiología, química seca, ecógrafo, un vehículo identificado, una ambulancia con características de soporte vital avanzado, servirán de apoyo a la comarca en emergencias, tendrán la posibilidad de turno rotatorio en ambulancias de servicio vital avanzado de Pamplona y dependerán del servicio de urgencias extrahospitalarias.

Antes de concluir, me gustaría remarcar los criterios funcionales y organizativos. Se tenderá a que el marco organizativo de la urgencia sea la comarca.

En emergencias, se movilizará siempre el recurso idóneo más cercano al lugar del evento para garantizar los tiempos de los códigos de emergencia.

En el resto de las urgencias, podrán redistribuirse entre los profesionales de la comarca para redistribuir las cargas asistenciales y, si ello fuera necesario, los profesionales podrán hacer guardias en distintos PAC de la comarca.

Cuanto mayor sea la dispersión geográfica, más necesaria será la polivalencia de los recursos.

La planificación territorial de los recursos de urgencia no implicará una zonificación funcional, de tal manera que los recursos de urgencia no deben limitar su movilización a una zona de

referencia, sino que han de ser movilizados únicamente en función de criterios de necesidad y racionalidad.

Se flexibiliza la organización de cada comarca adaptándola a sus necesidades y con participación social y profesional.

Los servicios han de ser socialmente eficientes y económicamente sostenibles.

En esta diapositiva pueden comparar el modelo actual y la propuesta que se realiza, como ya he señalado en varias ocasiones, sometida a debate, participación y evaluación. Como ven, la diferencia fundamental radica en la eliminación de las llamadas microguardias, que tendría como consecuencia una reorganización del modelo de distribución horaria de la atención continuada y urgente. Se propone sustituir cuatro microguardias, que de promedio podrían corresponder a un profesional de equipo de atención primaria al mes, por una guardia.

Con el fin de reducir al mínimo las ausencias derivadas de la libranza, tras la realización de esta, se propone limitar a una mensual las guardias que generen libranza.

Finalmente, en cuanto al cronograma de implantación, quiero avanzarles que este año 2017 se va a realizar el proyecto de comarcalización de la zona de Tafalla y que tanto las obras, equipamiento e implantación se prevé para 2018.

En relación con la Sakana, este año se efectúan las obras del centro de salud de Alsasua y se va a dotar de equipamiento, y el próximo año se llevará a cabo la puesta en funcionamiento.

En Doneztebe, dada la envergadura de las obras con la construcción del nuevo centro de salud, se prevé en 2019-2020 su puesta en marcha total.

En relación con la zona de Sangüesa, en estos momentos se está procediendo a las obras y equipamiento, contemplándose para el próximo año la puesta en funcionamiento de los nuevos servicios.

Finalmente, antes de concluir, me gustaría remarcar cuál va a ser el impacto social de todas estas actuaciones: Centros comarcales con puertas 24 horas con personal sanitario con experiencia (mejora claramente la accesibilidad); hay una mayor equidad en la distribución de los recursos; existe la posibilidad de atención más rápida, la atención más eficaz de la urgencia tiempo-dependiente; una mayor satisfacción de los usuarios por mayor capacidad de resolución de los profesionales; evita desplazamientos para realizar pruebas complementarias cuando se realice la incorporación a los centros de la dotación necesaria y, por tanto, supone un ahorro de costes de los usuarios si se evitan tales desplazamientos.

Por último, cabe remarcar una vez más, por si no ha quedado claro a esta altura, que se trata de un documento de bases que está siendo sometido a participación, debate y evaluación. Muchas gracias, eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra el señor Sayas por parte de UPN.

SR. SAYAS LÓPEZ: Gracias, Presidenta. La verdad es que lamento que el 90 por ciento de su intervención haya sido, como siempre, humo, que es a lo que usted nos tiene acostumbrados.

Mire, cuando alguien gestiona algo y tiene que realizar planes, lo primero que aprende es que las palabras «mejorar», «priorizar», «incrementar», «adecuar» o «garantizar» deben ser excluidas absolutamente de cualquier objetivo que se tenga por serio. Y usted ha entregado un documento repleto de verbos como estos. ¿Eso qué significa? Falta de concreción, falta de presupuesto, falta de responsable y, por tanto, objetivos no medibles y cuantificables. Eso no es un plan, eso es una ilusión, un brindis al sol, porque usted no cuantifica nada absolutamente.

Por otro lado, me parece una burla que venga usted a este Parlamento después de dos años y medio de legislatura con algo que se supone que era su prioridad, como usted anunció, y todavía nos siga entregando algo así, a este nivel de definición, y nos hable que la definición la vamos a tener en febrero de 2018. Mire, si quiere usted, ya se espera un poquito más y ya se habrán ido del Gobierno, porque claro, si lleva usted toda la legislatura para hacer algo que era su prioridad y no ha movido un papel, desde luego explica muy bien la forma en la que está trabajando su departamento.

Yo le voy a preguntar algunas cosas que me parecen en sí mismas contradictorias. En el documento que nosotros tenemos, que por cierto es el que recoge usted aquí, que en el Pleno me decía que de dónde había sacado yo ese documento, que es exactamente el que usted recoge hoy aquí, eso sí, le ha quitado alguna línea porque no quería exhibirla, pero yo la tengo aquí y se la voy a leer.

Cuando usted detecta los problemas del modelo actual, usted habla del elevado número de puntos de atención continuada y es verdad que usted dice que no plantea cerrar ningún punto de atención continuada, pero a renglón seguido usted nos presenta un cuadro en el que nos dice que en Echarri-Aranaz, Oronoz, Olite y Villatuerta se prevé una agrupación con los servicios de urgencias comarcales. ¿Eso es cerrar los PAC o no? A mí me parece que es contradictorio. Yo quiero que eso lo aclare, si tiene previsto cerrar algún PAC y qué significa esa reagrupación.

Por otro lado también, lo que no nos dice es, una línea que ha quitado usted de este documento y que sin embargo sí que estaba en el documento que tengo yo, es cuando usted habla del tipo 2, de Leiza, de Burguete, de Ezcároz, de Isaba, de Larráinzar, de Los Arcos, de Ancín, de Aoiz, de Zudaire, de Abárzuza y de Allo, lo que no dice es que en el documento que yo tengo usted se plantea sustituir las guardias presenciales por localizadas. Yo le pregunto: ¿usted está planteándose eso? Si usted se está planteando eso, es absolutamente lo contrario de lo que los grupos políticos que hoy sustentan al Gobierno defendían en la legislatura pasada y entonces me estará dando usted la razón una vez más cuando yo hablo de fraude en materia sanitaria, porque es decirle a los ciudadanos una cosa y hacer exactamente la contraria, cuando se tienen responsabilidades de gobierno. Eso es lo que es hacer un fraude a los ciudadanos en materia sanitaria.

La señora Sáez decía el día 3 de abril que el cierre de centros y las guardias localizadas eran un recorte. Yo le pregunto: ¿usted va a apoyar en algún momento un documento de este

Gobierno en el que se plantee las guardias localizadas? ¡A ver si va a venir Podemos al gobierno para practicar recortes sanitarios, con lo que hemos tenido que escuchar!

Luego, la señora Ruiz decía en mayo de 2014, y voy a citar textualmente: «Suprimir guardias de presencia física y pasarlas a localizadas es un empeoramiento del tiempo de respuesta y una pérdida de calidad asistencial». Eso lo decía usted, y parece que el señor Consejero, salvo que yo no sepa leer, en todas esas localidades que acabo de decir lo que se está planteando es hacer eso, parece que con su apoyo.

Parece también que han olvidado que en el año 2013, esto que era para ustedes una absoluta prioridad en 2013 y vamos finalizando el 2017, cuatro años, no han tenido ustedes tiempo para pensar un modelo sanitario que tenían tan claro en el año 2013. ¿Llevan dos años en el Gobierno y no lo han implantado? Pero, ¿qué era lo que tenían claro? Lo único que tenían claro era la engañufla que estaban haciendo a los ciudadanos navarros, porque realmente ustedes no tenían un modelo sanitario alternativo, o al menos han sido incapaces de ponerlo en práctica y llevan ya dos años y medio. Dos años y medio es un tiempo suficiente. Por lo tanto, cuando ustedes les hablaban a los ciudadanos navarros de un modelo sanitario alternativo, les estaban mintiendo o no sé lo que estaban haciendo.

En la Ley de 2013, 14 de febrero, ustedes calificaban las propuestas que ahora tratan de poner, las llamaban un retroceso y un deterioro en la prestación sanitaria ofertada a la ciudadanía –lo decían ustedes–, que vulneraban los principios de equidad en los niveles de salud e igualdad en las condiciones de acceso al sistema sanitario para todos los ciudadanos poniendo en riesgo la seguridad de las personas residentes en las zonas rurales y desaprovechando la oportunidad de estudiar modelos más efectivos y eficientes. ¿Cuáles son esos modelos? Porque ustedes los tenían claros en el 2013 y seguimos en 2017 sin ver ni una línea de los modelos más allá del humo que nos ha presentado el Consejero. Más allá de alguna cosa concreta, el resto de estas páginas es humo.

Dicha ley planteaba que el Gobierno de UPN debía elaborar un plan de funcionamiento de los centros sanitarios de atención primaria y de las modalidades de atención continuada y urgente con participación de los profesionales sanitarios, de las entidades locales, de los colectivos sociales relacionados. Todo eso que usted dice ahora, ¡pero que vamos ya camino del año 2018! ¿Dónde ha estado usted dos años sin sentarse a hablar con ninguno de estos colectivos y con ninguno de estos profesionales? ¿Qué es lo que ha hecho usted? Porque parece que a negociar se va a sentar ahora. Es una absoluta burla, lo que está haciendo con esta materia. La realidad es que lo que antes protestaban ahora se callan, y lo único que ha cambiado es el sitio en el que se sientan, eso es lo único en lo que ha cambiado.

Y una cuestión que nos preocupa especialmente, sí que viene en el documento que nosotros tenemos y usted no lo ha puesto ahí. Yo le pregunto dos cosas claramente, a ver si es capaz luego de responderme, por lo menos a estas dos cosas, con concreción. La primera es si usted se plantea en algún lugar sustituir guardias presenciales por guardias localizadas. Esa es una pregunta que quiero que me responda.

Y la otra es qué hay de cierto en lo que usted recoge en el documento al que UPN tuvo acceso y que parece que no lo había hecho el departamento, pero lo hemos visto copiado ahí, es qué

hay de verdad en su intención de comarcalizar la pediatría. Porque claro, comarcalizar la pediatría, lo que supone es quitarla de las zonas básicas de salud y pasarla a las zonas comarcales y eso empeora la atención a los niños, y eso es un nuevo golpe a la pediatría, una disciplina con la que usted ha mostrado muy poca sensibilidad, señor Consejero, porque los ataques a esta materia han sido constantes. Si no se lo cree, no me haga caso a mí, pero lea usted ayer al presidente de la Asociación Navarra de Pediatría, que daba una información detallada, concisa y concreta de todas las tropelías que este Gobierno ha hecho en materia de pediatría. ¡Léalo! No, léalo, dé argumentos que rebatan esa posición, porque todo lo que dice es cierto.

Yo lo que le pregunto son dos cosas muy concretas. Una, ¿va usted a quitar guardias presenciales para pasarlas a localizadas? Y dos, ¿tiene usted intención de comarcalizar la pediatría? Y tercero, agilice un poco, porque lo que no es admisible es que algo que era la prioridad para este Gobierno estemos debatiéndolo en este Parlamento a mediados de 2018, suponiendo que se cumpla su calendario, porque también le voy a recordar, por ejemplo, que en San Juan de Dios, el 1 de enero íbamos a tener concurso. Estamos finalizando el año 2017 y seguimos con una inseguridad jurídica flagrante porque ni ley, ni concierto, ni tan siquiera un concurso público; nada, porque una vez más su inacción está siendo la guía que marca el Departamento de Salud.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrustegui Marturet): Turno ahora para Geroa Bai. Tiene la palabra el señor Martínez.

SR. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA: Gracias, señora Presidenta. Tiene usted razón, el señor Sayas ha venido muy fuerte, pero sigue diciendo las mismas cosas que empezó a decir a finales de 2015, cuando se constituyó este Gobierno, exactamente las mismas. Yo no sé, tanto máster y tanta cosa, y está realmente usted aprendiendo muy poco, me parece.

Voy a empezar por su final. Dice: «Lo único que ha cambiado es el sitio en el que se sientan». Pues es verdad. Hace dos años el señor Consejero trabajaba en un hospital, dirigido y gobernado por ustedes, mal dirigido y peor gobernado por ustedes; hace dos años, quien está hablando se sentaba y trabajaba, y también de pie, en la UCI del Hospital de Navarra, un hospital mal dirigido, y mal gestionado, y mal gobernado por ustedes.

Déjeme que le diga, señor Sayas, de esa etapa anterior, lo que más recuerdo es el desprecio total y absoluto por parte de su Gobierno, por parte de quienes dirigían el Departamento de Salud, hacia los trabajadores y trabajadoras que trabajábamos tanto en los hospitales como en atención primaria. Y digo desprecio porque no se nos consultaba absolutamente nada. Por eso no me extraña que usted confunda un proceso participativo con decisiones tomadas. Claro, quien nunca ha pensado en dar voz a la ciudadanía, quien nunca ha pensado en dar voz a los profesionales, ve unos papeles que son propuestas sometidas a debate, sometidas a participación de los profesionales, de los entes locales, etcétera, y pone el grito en el cielo porque puede ver cosas que ahí no le gusten, pero es que para eso se abren los procesos participativos, para aportar, para criticar, para consensuar y para aceptar las modificaciones que entre todos se acuerden como mejores. Dos años de oposición y UPN sigue sin aprender nada. ¡Qué pena! Así les va, así les va a ir. Por eso entiendo que hable usted de «fraude», de «engañufla», de «burla».

«El retraso es la marca de la casa», dice. No, la marca de la casa es la participación de la ciudadanía en todos aquellos temas en los que puede decidir. Y le voy a decir más, en algunos de esos temas en los que la ciudadanía puede participar y decidir, ustedes echan una manita al Partido Popular y dejan, con su silencio y otras veces con su aprobación y aplauso, que desde el Gobierno se nos recurran decisiones aquí tomadas al Tribunal Constitucional. Esa es la marca de UPN. Sí, mucho hablar de fuero, mucho hablar de capacidad de decisión, y en cuanto se toman decisiones que no les gustan, aplaudir que se nos recurra el Tribunal Constitucional.

Creo que fue en abril cuando tuvimos una reunión con ustedes, señor Consejero, y con... no recuerdo exactamente, pero sé que estaba usted, creo que estaba también el señor Gabilondo, estaba la señora Ganuza, y allí se nos dio otra vez una propuesta, que efectivamente no es igual a esta. Se nos dio una «propuesta», nada definitivo, nada decidido, como ocurría cuando gobernaba UPN.

Yo quiero decir que el Modelo Territorial y de Urgencias Rurales que se nos presenta aquí, que lógicamente seguiremos estudiando, hace referencia a algo que me parece fundamental, y es que en los objetivos del modelo se dice con claridad la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, y es que el Departamento de Salud no solo trabaja, no solo debe trabajar, no solo está trabajando para mejorar la salud de la ciudadanía, sino efectivamente para hacer realidad la salud en todas las políticas. Por eso me ha gustado y nos gusta mucho que ese sea el objetivo fundamental del modelo territorial: la equidad para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, que no es un objetivo única y exclusivamente de salud, sino de política general.

Dentro de los principios, vemos principios importantes: eficacia, eficiencia. Quiero recalcar algo que el portavoz de UPN ha puesto en duda y es su apuesta por mantener los actuales puntos de atención continuada, algo que desde luego nosotros vamos a defender. Eso sí, el mantenimiento de los actuales puntos de atención continuada respetando siempre y observando siempre los principios de eficacia y eficiencia, motivo por el cual los puntos de atención continuada tienen que seguir existiendo cada uno con sus características específicas para poder responder, para que respondan a las necesidades específicas de las comarcas en las que están instalados.

Creo que hay cosas importantes. Una es la mejora de los servicios de urgencia comarcales, tanto en dotación personal como tecnológica, e incluso en condiciones laborales y creo que esto es algo importante y esto también está sujeto a propuesta, a debate y a negociación y a acuerdo, algo que, insisto, para UPN es chino, a pesar del máster; chino.

Me ha gustado el análisis también que hacen del posible impacto social que estas medidas pueden tener. Y quiero acabar diciendo que, de entrada, nos parece un modelo territorial y de urgencias que consideramos como propuesta muy positiva. Habrá que hacer algunas matizaciones, que las haremos en su momento.

Y quiero decir una cosa: aquí, la única engañufla, la única burla, el único fraude que se ha hecho en relación con la pediatría es precisamente la del grupo parlamentario de UPN, que nos dijo, mintiendo, que este departamento quería que a los niños les operaran cirujanos que no eran cirujanos pediátricos y la calidad y el nivel de cirugía pediátrica, la disminución de la

lista de espera en cirugía pediátrica es algo que ustedes ni siquiera hubieran soñado, es más, les hubiera gustado que no se hubiera dado, y eso sí que es una tragedia. Es una tragedia que desde Unión del Pueblo Navarro utilicen, manipulen a los niños, a sus padres y a sus madres, para intentar cargarse a este Gobierno. En Geroa Bai no nos engañamos, su objetivo no es mejorar la salud de la ciudadanía navarra, su único objetivo es utilizar cualquier situación, cualquier cosa, incluso una propuesta sometida a debate para magnificarla e intentar convertirla en un ariete contra el cambio y contra el Gobierno del cambio.

La ciudadanía está muy tranquila, Geroa Bai también. Animamos a seguir al Departamento de Salud ofreciendo propuestas, negociando, consensuando y mejorando este sistema sanitario que nos dejó UPN, en el que la mayor característica era el desprecio a sus profesionales. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Ahora vamos a alterar un poco el turno. Le han cedido la palabra a la señora De Simón porque se tiene que ir. Entonces, tiene la palabra, señora De Simón.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias. Quiero, en primer lugar, disculparme porque me tendré que ausentar, en segundo lugar, dar las gracias a los portavoces que me han permitido hablar primero, y en tercer lugar, dar las gracias también –bueno, igual en primer– al Consejero y a las personas que le acompañan por su intervención.

Tengo pocas cosas que decir pero yo creo que muy claras. Recibimos con satisfacción la propuesta de Modelo Territorial y de Urgencias Rurales que presenta el Consejero del Departamento de Salud porque, ya se ha comentado antes, partimos de una situación muy enredada, muy complicada, heredada de la legislatura anterior. Esto es como cuando una madeja se enreda y se enreda mucho y hay que desenredarla para poder empezar a tejer. Por lo tanto, en este sentido me parece que el comienzo del jersey o de la prenda que se está confeccionando es, bajo nuestro punto de vista, alentador y da buenas expectativas y perspectivas en relación con la mejora de la atención sanitaria en la zona rural, que es lo que se pretendía, tanto en la legislatura pasada como pretende mi grupo en esta.

Por lo tanto, totalmente de acuerdo con el Modelo Territorial y el Modelo de Urgencias Rurales que se presenta, al que presentaremos aportaciones, como no puede ser de otra manera. Nos parece perfectamente justificado y, es más, lo que nos parece fundamental es que se plantean los objetivos con mucha claridad y sobre todo, hace referencia a esa reorganización de la actividad y las acciones sanitarias con el sentido de optimizar y rentabilizar los recursos que se tienen, pero pensando en el impacto social, pensando en cómo se mejora la atención a los ciudadanos y a las ciudadanas que residen en la zona rural. Es más, se establecen recursos, se establecen programas y proyectos concretos.

No tengo más que decir. Termina con esto, deseando muchísima suerte al Departamento de Educación en el desarrollo de este proyecto y esta propuesta. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Turno, ahora sí, para Euskal Herria Bildu Nafarroa. Tiene la palabra la señora Ruiz.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidente anderea. Egun on guztioi, bienvenidos a esta segunda comparecencia, también al señor Díez y al señor Martínez.

Voy a empezar haciendo una simple mención a las palabras del señor Sayas. Me voy a acabar sonrojando, por cierto, ya que en cada intervención me suele dedicar más o menos una cuarta parte de su intervención. No pertenezco al Gobierno, evidentemente, pero yo creo que reparte entre lo que quiere usted achacar, una parte al Gobierno y al Consejero, y otra parte a los grupos parlamentarios, y especialmente, como sé que me tiene especial cariño, a mí misma.

No es la primera vez que lo digo, pero creo que hace falta jeta, creo que la desfachatez de UPN ya está superando todos los límites, sobre todo teniendo en cuenta la chapuza que se hizo la legislatura pasada, y de aquellos polvos, estos lodos, la chapuza que se hizo sabiendo que era un tema complicado, y lo sigue siendo, y es muy difícil poner a todo el mundo de acuerdo –eso también lo teníamos muy claro–, creo que a la hora de valorar documentos, a la hora de valorar formas de hacer, y si no, se lo pregunta a su compañera, se lo pregunta a la señora Ganuza, ya lo ha dicho el señor Martínez. La señora Ganuza ha participado con otros y otras portavoces, en este caso también para hablar de este tema, para tener una exposición privada, no antes de tenerla en el Parlamento, con ese documento, y UPN también ha tenido la posibilidad de hacer alegaciones, de hacer aportaciones. Creo que en este intervalo no ha hecho ninguna, y a mí me parece perfecto que expongan su punto de vista y que hagan las críticas que les parezcan oportunas. Nosotras también las haremos. Pero decir: «Es que usted en el 2014 decía que...». Lo decía, ¿con base en qué proyecto?

Yo creo que si hay una diferencia clara, independientemente de medidas concretas que se planteen, es en primer lugar la premisa de la que se parte. En la legislatura pasada, del proyecto –por llamarlo de alguna manera– que se nos presentó aquí por parte de UPN, la premisa era enmarcarla dentro del plan de ajuste. Entonces, era un proyecto para recortar, que para eso pusieron ustedes a la señora Marta Vera, que de Salud o de Sanidad sabía poco. Lo que sí sabía era de recortes y de ajustar. Por tanto, esa es la primera premisa.

Y los objetivos no eran objetivos en salud, y eso sí que era humo. No eran objetivos de mejorar la atención, eran objetivos para recortar. Y ahí, por ejemplo, cuando usted habla del cierre, que ha dicho el Consejero que no se plantea el cierre de ningún punto de atención continuada, la legislatura pasada sí que se planteaba. Pero es que se planteaba en un modelo en el cual se seguía centralizando la atención, no había un planteamiento, por ejemplo, de urgencias comarcales. No había eso, pero sí se planteaba cierre de puntos de atención y sí se planteaba pasar guardias de presencia física a guardias de presencia localizada pero sin un planteamiento. Nosotras ahí también tenemos nuestras dudas, tenemos que ver y tenemos que analizar el conjunto, pero evidentemente, cuando se plantea un modelo de urgencias comarcales estás planteando alternativas y se está hablando de ampliar y de acercar servicios, y desde el punto de vista socio-sanitario también, que en el modelo anterior propuesto por UPN no había.

Por tanto, deje de mirar tanto al dedo, y mire también a la luna, porque me parece absolutamente ridículo lo que ha dicho usted sobre la pediatría. Si se lee el documento y si tiene una visión un poco global de lo que es la Sanidad, y más en estos momentos, cuando se

está hablando del ámbito socio-sanitario, verá que se plantea un servicio de atención integral a la infancia, y la pediatría, en todo caso, y se plantea como una duda, es una parte. Creo que como coge determinados temas y los ve de manera parcial... Entonces ahí está también lo de los árboles y el bosque, usted no tiene esa visión global, y puedo entender que caiga en esa serie de cuestiones, pero aquí estamos hablando de una atención integral a la infancia. Eso en primer lugar.

Nosotras pensamos que este planteamiento puede servir para establecer las bases –en parte he dicho ya algunas cuestiones–, para mejorar la atención desde el punto de vista de que siempre es bueno acercar servicios a la ciudadanía, siempre es bueno, a nuestro juicio, descentralizar servicios, y sobre todo pensando en las zonas rurales en tema de urgencias, pero también en relación con la estrategia de atención primaria, y en relación también al ámbito socio-sanitario de acercar servicios, de mejorar la continuidad asistencial, etcétera.

Creemos que eso va en aras a mejorar también la equidad territorial y también puede ser una base –ahí tenemos también algunas dudas– para reducir las desigualdades en condiciones laborales que supuso también el modelo anterior. Creo que la chapuza de las microguardias se tiene que subsanar, creo que es uno de los aspectos que se plantea por las dificultades evidentes que ha conllevado y, desde luego, porque no da respuesta a las necesidades de la ciudadanía.

Con el procedimiento, no lo vamos a negar, ya lo hemos dicho también en el Parlamento en numerosas ocasiones, nosotras creemos que se tenía que haber empezado antes a trabajar este tema sabiendo las dificultades que tiene, no seguramente para presentar antes un plan, porque las cosas requieren, y este tema en concreto requiere de mucha cocina, es muy difícil aunar diferentes perspectivas cuando entran en juego también diferentes intereses, por qué no decirlo también, de ayuntamientos por una parte, de estamentos profesionales, sindicales. Sabemos que eso no es fácil, pero creemos que se podía haber avanzado más a lo largo de este tiempo, al menos en esa cocina, en una participación previa. Nosotras vemos bien el proceso que se ha plantado de ahora en adelante, pero sí que creemos que se tenía que haber empezado antes, y eso lo hemos dicho en muchas ocasiones, porque para nosotras este sí era un tema fundamental que la legislatura pasada y viendo de los lodos que venimos ya sabíamos que teníamos un reto muy importante. Por tanto, creo que en esa cocina se podía haber avanzado más.

He dicho algunas cuestiones que nos parecen positivas. Sí que nos parece positiva pero también vemos riesgos a que la comarcalización, que en sí misma nos parece un buen planteamiento, sea adaptable a las necesidades de cada zona, creo que la flexibilidad es fundamental, pero también vemos riesgos de creación de reinos de taifas y la autonomía de gestión con los pros y los riesgos que tiene también, que es lo que está sucediendo y tampoco quisiéramos que esos riesgos aumentaran.

Sí que vemos que en algunas cuestiones se acerca a los planteamientos de la iniciativa legislativa municipal que apoyamos en la legislatura pasada, y eso nos parece positivo. También vemos que es verdad que con el tema de urgencias, por ejemplo, hay un tema, que es el debate, que es la madre del cordero, que es la integración de los SUR en los equipos de atención primaria, que fue una de las aristas más importantes en la legislatura pasada, y ahí sí

es difícil, porque hay que tomar una decisión. Aquí se hace un planteamiento. Nosotras no estamos en contra del planteamiento que se hace. Sabemos que aun manteniendo el sistema de SUR como existe actualmente en algunos centros, en algunas zonas, se ha hecho un especial esfuerzo por integrar, por coordinarse. En algunas se ha conseguido integrar, pero es cierto que hay unas dificultades objetivas y son las diferencias en las condiciones laborales, horarios, etcétera, y la falta de voluntad por una parte o por la otra en muchos sitios. Ahí ya entran en cuestión intereses corporativos y otra serie de intereses también que es muy difícil de aunar desde un punto de vista político.

Eso lo sabíamos la legislatura pasada y lo sabemos esta. Lo que sí sabemos es que con el tema de los SUR sí hay unas evidencias, y es que muchos SUR no tienen casuística suficiente para mantener un nivel de capacitación a medio y largo plazo –eso es así–, y luego que con la implantación de las microguardias, evidentemente, existe un agravio comparativo entre condiciones laborales de zona a zona, de centro a centro, entre profesionales de mismas categorías y en teoría de mismas funciones y hay unas desigualdades importantes.

En cualquier caso, quiero reseñar los aspectos importantes o positivos que vemos. Sí que vemos dificultades evidentes y hay que hablar en qué consiste la readecuación de los PAC, hay que hablar del tema de las guardias localizadas también, lo tenemos que ver en conjunto, y hay que hablar también, en la nueva organización que plantean ustedes, a nosotras sí que nos da la sensación de que eso implicaría más guardias en general, también para los equipos de atención primaria, y nosotras pensamos que hay que tender a bajar guardias y a convertir en jornada ordinaria todo lo que se pueda. Pero tendremos tiempo para hablar. Yo suelto las dudas y las dificultades que vemos.

En cualquier caso, viendo todo en conjunto, Plan Socio-Sanitario, Estrategia de Atención Primaria, y como comentaba antes mi compañera, con el tema de todo el Modelo de Transporte Sanitario, creo que tenemos que tener esa visión global. Y en ese sentido, quiero agradecer el trabajo que se ha hecho y esperar el trabajo que queda por hacer a lo largo de los meses que sigan sea fructífero.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Turno ahora para Podemos-Ahal Dugu. Tiene la palabra la señora Sáez.

SRA. SÁEZ BARRAO: Gracias, señora Presidente. Muchísimas gracias, señor Consejero y equipo por la explicación. La verdad es que es cierto que hay temas que son más complicados que otros y justamente en el anterior que hemos visto y que tiene mucha relación, porque todo está interrelacionado si queremos dar una buena respuesta en materia sanitaria en Navarra, pero es verdad que en el anterior teníamos muchos más elementos de consenso, o eran más claros, o quizás ya un poco más elaborados. En la vida, a veces unos temas avanzan más que otros.

Es cierto que este es un tema muy importante, que lleva mucho sobre la mesa en esta misma legislatura, que en la anterior ha tenido también toda la historia que ha tenido y desgraciadamente también, muchas insatisfacciones por lo ocurrido anteriormente, es decir, todo un trabajo realizado, que UPN conoce muy bien porque estuvo al frente, pero que desde luego se ignoraron todas las conclusiones de ese buen trabajo que se hizo. Es verdad, se hizo

un escuchar, etcétera, pero luego se ignoraron por completo todas las conclusiones. Con lo cual eso crea desconfianza y además hace que las personas estén poco motivadas.

Podemos-Ahal Dugu queremos darles las gracias, compartimos lo que están planteando porque hay un tema importante que es la base siempre ante cualquier tema que analicemos en salud o en otros también, pero en lo que estamos analizando ahora, que es cómo miramos o poner en el centro en lo que son las personas y sus necesidades. En este momento es real que de alguna forma, por cómo se ha llevado, porque puede ser difícil también encontrar la solución, las personas que viven en unos lugares no están igualmente atendidas que las que viven en otros. Por lo tanto, este es un objetivo, que sus necesidades sean igualmente cubiertas y garantizar una mayor equidad, no solamente por lo que ustedes ya han explicado de desplazamientos, todo lo que les supone en sus vidas, incluso también todos los cambios continuos de personal que les atiende, y lo que eso significa en una buena calidad, es decir, lo que tú vives cuando te están continuamente cambiando las personas que se hacen cargo de ti y de tu salud. Ese es nuestro criterio, esas personas y sus necesidades.

También consideramos que no valen para todos los lugares las mismas medidas, es decir, que las cosas realmente se deben adaptar a las realidades y no al revés, intentar meter todo bajo el mismo zapato porque las situaciones no solamente son cuantitativamente diferentes, cualitativamente diferentes, porque las áreas, incluso todo el tema demográfico puede ser diferente. Por lo tanto, pensamos que las soluciones, aunque estén bajo un marco general, luego hay que ir a lo concreto y tomar medidas muy concretas en los lugares que se ajusten a lo que realmente se necesita.

Somos partidarias claramente de que sea la atención primaria aquí también la que siga teniendo la función fundamental, como la función primaria, continuada y urgente, ustedes también lo recogen y además, con buena capacidad de gestión.

Comentaba la señora Bakartxo Ruiz que el tema de la gestión tiene sus pros y sus contras. Sí, todo en la vida tiene pros y contras, pero desde luego la pulsera de la gestión y la autonomía hace que las personas que involucren mucho más, y además se trabaja más sobre el terreno y a pie de calle. En cualquier caso, es verdad, puede tener sus contras también.

Digo esto porque entendemos que esa atención primaria continuada y urgente con capacidad de gestión, que es lo que creemos que todavía no se está dando, es fundamentalmente lo que no se está dando, evidentemente tiene que ir bien coordinada con lo que hemos hablado en la sesión anterior, también con urgencias extrahospitalarias, por supuesto, y también lo del transporte, etcétera. Con lo cual, eso bien hecho probablemente nos va a costar, pero parece ser que es el camino.

Es el camino también el tema como reclaman de buena formación, porque es cierto que las personas que están en el mundo rural, también trabajando profesionalmente, les supone algunos esfuerzos mayores y es bueno también que sean no solamente valoradas, sino compensadas en lo que sea justo y necesario, no en crear desigualdades, porque a veces hay que hacer políticas de acción positiva en aquellos espacios donde es más difícil trabajar o donde cuesta más asentar por una serie de motivos.

Por nuestra parte compartimos lo que ustedes han planteado, lo de los centros comarcales abiertos las 24 horas siempre y cuando toda la atención contenida en los puntos se mantenga. Señor Sayas, esa es nuestra posición, antes y ahora. No vemos cierre de centros y, desde luego, no vemos sustituir guardias localizadas por presenciales. No lo vemos, pero si lo llegamos a ver en un momento determinado diremos que no, cuando lo veamos. En este momento, en lo que se nos ha presentado no vemos ese análisis, por lo tanto nos mantenemos en lo que ya decíamos.

Queremos dejar claro el tema, ya lo ha comentado la portavoz de Bildu también, de que ante la situación de necesidad horaria, nuestra propuesta es mirar la posibilidad de aumentar la jornada ordinaria, mucho más que ir a guardias u otro tipo de soluciones que realmente lo que hacen es crear situaciones muy discriminatorias y no se crean puestos de trabajo que podrían crearse en esta materia.

También compartimos lo que usted ha destacado de la implicación socio-sanitaria y de la importancia de lo local, es decir, que realmente sean los municipios también quienes estén presentes en estas soluciones, que participen, como lo han hecho ya en lo que les han consultado.

Sin más, quería resaltar el tema del impacto social que usted ha dicho, que es verdad que, en principio, lo que están plantando, desde luego tenemos que ver en qué se concretan algunas cuestiones, puede tener lo que usted ha resaltado, mayor equidad, esa posible atención más rápida, esa posible atención más eficaz de la urgencia en tiempo, también más capacidad de resolución de la gente profesional, aspecto muy importante, y con lo cual mayor satisfacción de las personas usuarias, evitar esos desplazamientos y, por lo tanto, todo un ahorro también en las vidas de las personas.

Esto lo compartimos. Si esta va a ser la posibilidad, vamos a apostar por ello. Sí que le decimos nuestras dudas, ya se lo hemos dicho. Insistimos en que la atención primaria continuada urgente para Podemos-Ahal Dugu es la base para que luego se coordine bien con el resto, pero eso tiene que ser la base y con capacidad de gestión. Así que su apuesta parece ser verdad desde lo que hemos valorado de calidad, eficiente y eficaz. En esto van a tener nuestro apoyo, no si se cierran centros, no si se cambian las guardias presenciales por localizadas, etcétera.

Por cierto, con el tema de pediatría, comparto lo dicho por anteriores personas portavoces, que consideramos que está bien atendida en el planteamiento que hacen general de atención a la infancia, incluido el aspecto que aquí plantean.

Así que estamos un poco a la espera y les decimos sabemos que es mucho más dificultoso de lo que hemos visto antes porque además hay más diferencias, incluso salariales, laborales, etcétera, que hay que compaginar muy bien, pero como saben, nuestro lema es que sí se puede.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Tiene la palabra, por parte del PSN, la señora Medina.

SRA. MEDINA SANTOS: Gracias, Presidenta. Buenos días, de nuevo. Quiero dar la bienvenida al señor Díez y al señor Martínez, que se han incorporado a este segundo punto, y de nuevo agradecer las explicaciones al Consejero.

Sobre el documento que se nos ha presentado, poco que decir. En principio, como ya se ha dicho, es un borrador abierto a participación que nosotros esperamos que el proceso participativo solucione alguna de las carencias que sí que vemos en el documento.

Lo que a nosotros nos parece importante es que, como ya también se ha dicho, se agilicen los tiempos. Llevan ustedes dos años de gobierno y seguimos con un documento borrador, sin concretar nada, todo está en el aire. Creemos que hay temas encima de la mesa que requieren mucha más celeridad, como le hemos dicho también con el tema del transporte sanitario.

Hay un riesgo. La participación, el consenso. Nosotros estamos totalmente de acuerdo que participen los profesionales, que participen las entidades locales, pero existe el riesgo de que, como también ha dicho la señora Ruiz, con los diferentes intereses que se tengan que conjugar en el documento final nos pase como con el mapa local, que llevamos desde el año 1992. Esperemos que ustedes sean capaces de agilizar los tiempos mucho más de lo que lo han hecho hasta ahora.

El diagnóstico que se hace de la situación actual en el documento nos parece muy acertado. También es verdad que siguen sin resolverse, como digo, problemas en el documento borrador que tenemos hasta ahora y que esperamos que se solucione. No se soluciona el tema de la estabilidad de los equipos rurales, no se soluciona la continuidad de los cuidados de la población. Esperemos que en el documento final sí que se tenga en cuenta.

A nosotros lo que nos parece fundamental, o lo que creemos que debe ser imprescindible para tener en cuenta, es que la calidad de la atención a la emergencia no se vea mermada, que se tenga en cuenta también a la hora de establecer un modelo territorial adecuado, el déficit de profesionales existente, que es conocido, que existe, y la búsqueda de la máxima eficacia y eficiencia. Además también, que tengamos la visión de futuro que muchas veces nos cuesta ver, esa visión de futuro de la estructura poblacional y de la estructura territorial hacia la que va la sociedad. En cualquier caso, como digo, cuando se produzca ese proceso participativo – imagino que nos traerán el documento final –, nos pronunciaremos acerca del mismo.

Ha comenzado el Consejero haciendo una definición de la atención primaria. Nosotros también queremos señalar que, independientemente del modelo o del documento que salga, creemos que debe haber esa apuesta por la atención primaria, que debe ser el eje principal de toda la estructura del sistema sanitario navarro y que se debe dotar, desde luego, con mucha más capacidad resolutive.

Además, creemos que, como digo, los planes, los documentos están muy bien, pero esos documentos luego deben llevar un respaldo económico que nosotros no acabamos de ver, por ejemplo, en esa apuesta por la atención primaria.

También creemos, y es una pregunta que queríamos hacerle, que a partir del documento se deben establecer nuevos perfiles profesionales –no sé si lo tienen previsto–, y si tienen previsto también, a lo largo de los menos de dos años que quedan de legislatura, modificar el

decreto de 1986, que regula todo el tema de la atención primaria. Entendemos que sí, se ha de ajustar ese decreto al nuevo documento.

Sin más, como digo, nos pronunciaremos cuando esté el documento final y simplemente esperar que se agilicen los tiempos. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muy bien. Turno ahora del Consejero y su equipo para contestar a las dudas que se han generado.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, a los portavoces por sus aportaciones, a todos. Realmente, el documento, lo he dicho antes y lo vuelvo a decir ahora, y es importante, es un documento de base todavía sujeto a participación, debate y evaluación. Es un documento y es una organización de un modelo territorial que lo que busca es la máxima eficiencia en la asistencia, tanto en la asistencia de las urgencias, en la comarcalización y en la pediatría, y busca la máxima eficiencia en el contexto en el que nos movemos de falta de profesionales. No podemos olvidar que, en este momento, si quisiéramos quitar las guardias de urgencias, el número de parejas deberían de pasar de 129 a 215 y en este momento no se cuenta con profesionales. Ese es el mayor problema que tenemos, tanto nosotros como en el resto de España.

Realmente, señor Sayas, si hubiese atendido mientras he hecho la exposición, yo creo que se hubiera enterado de algo más porque las preguntas que me ha hecho, todas las respuestas están contenidas en la exposición.

He comentado, por activa y por pasiva, que en esta legislatura no se van a cerrar los PAC porque una agrupación funcional, en determinadas horas, no significa cerrar los PAC.

Yo pensaba que el descanso estival le iba a sosegar y le iba a modificar un poco la actitud, pero siguen cantando, moviéndose en el barro dialéctico. No me ha parecido bien, y ya se lo comenté en otra ocasión, que utilice la palabra «fraude» de un político a otro político. Esa es una palabra muy seria. Puede utilizar la palabra «defraudar», que eso no me importaría, porque eso significa que en algún momento he convencido a alguien. Usted no me ha podido defraudar porque nunca me ha convencido, nunca. Por lo tanto, esa es la diferencia. Yo puedo defraudar, usted, desde luego, a un amplio número de población no puede defraudar. Nada más. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Damos por terminada la sesión. Despedimos al señor Domínguez, que tan amablemente ha estado aquí toda la mañana, y a su equipo directivo y a la señora Leire Ochoa. Eskerrik asko.

(Se levanta la sesión a las 12 horas y 16 minutos.)