



DIARIO DE SESIONES
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

IX Legislatura

Pamplona, 15 de mayo de 2018

NÚM. 71

TRANSCRIPCIÓN LITERAL

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.^ª MÓNICA DOMÉNECH LINDE

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 15 DE MAYO DE 2018

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para explicar la estrategia de Atención Primaria 2017-2019.

(Comienza la sesión a las 9 horas y 21 minutos).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para explicar la estrategia de Atención Primaria 2017-2019.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Buenos días. Empezamos la Comisión de Salud. Agradecemos la asistencia del Consejero y de las personas que le acompañan. Toma la palabra en este caso el representante de Unión del Pueblo Navarro, Sergio Sayas, que ha solicitado la comparecencia. Tiene la palabra.

SR. SAYAS LÓPEZ: Gracias, Presidenta. Buenos días, señorías. En primer lugar, quiero dar la bienvenida al Consejero y al equipo que le acompaña y, además, muy particularmente a su nuevo jefe de gabinete. Vemos también cómo a usted no le aguanta en el departamento ni la jefa de gabinete las dimisiones que se están produciendo a lo largo de esta legislatura.

Hoy le hemos pedido esta comparecencia para hablar de Atención Primaria, para valorar el documento que usted presentó en el mes de marzo, que se denomina «Bases de la Estrategia para la Atención Primaria 2017-2019», que ya le adelanto que, con lo que hemos leído del documento, a nosotros ni nos parece una estrategia ni consideramos que sea solo de Atención Primaria.

En primer lugar, porque es muy chocante que se presente una estrategia para los años 2017-2019 y se haga en marzo del año 2018. No sé si usted cree que las estrategias son una recopilación de acciones impulsadas no solo en el año anterior en su Gobierno, sino en años... Porque hay acciones que vienen desde doce años atrás. O sea, no sé si eso es lo que usted cree que es una estrategia. Porque una estrategia es ver qué es lo que uno va a hacer en el tiempo que tiene por delante, no contar lo que uno ha hecho en el año que viene de atrás.

En este documento, que tiene unas ciento treinta páginas, se recogen, que yo haya contado, unas sesenta acciones, de las cuales treinta y cinco están caducadas. Es decir, son o del año 2017 o de años muy anteriores al año 2017. Y cuarenta y seis de las sesenta no tienen presupuesto. Hombre, es difícil entender que una estrategia presente acciones sin presupuesto, porque eso lo que indica es que la posibilidad de que se lleven a cabo es mínima o ninguna.

Se da la circunstancia, además, de que, como le digo, muchas de esas acciones están finalizadas, con lo cual este documento, más que una estrategia, parece un documento de *marketing*. Y lo que viene a decir es que, precisamente, usted lo que no tiene es una estrategia o un plan para la Atención Primaria, porque hemos esperado tres años a saber qué es lo que el Gobierno quería hacer y la verdad es que estamos sin saber qué va a hacer el Gobierno para solucionar la falta de pediatras importante y preocupante que se está produciendo en muchas localidades de Navarra. ¿Qué plan tiene el Gobierno para los puntos de atención continuada? ¿Cuándo piensa licitar el transporte sanitario? ¿Qué va a hacer con los consejos de salud? Etcétera. No hay ni una acción concreta en todo este plan, señor Consejero. Y a mí lo que me gustaría es que, en esta comparecencia, usted nos explicara y nos calendarizara y nos diera cifras presupuestarias de qué va a hacer con la pediatría, de qué servicios piensa comarcalizar si es que piensa comarcalizar alguno, de qué va a hacer con los puntos de atención continuada,

de qué va a hacer y cuándo con el transporte sanitario, de qué va a hacer con las oficinas de farmacia. Es decir, que todas estas acciones que se recogen en el plan y que muchas son humo, usted las deje de considerar humo, las calendarice, nos cuente en concreto qué va a hacer y, sobre todo, nos diga cuánto va a costar cada una de ellas. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Muchas gracias, señor Sayas. Tiene ahora la palabra el Consejero de Salud.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias, señora Presidenta. Egun on denori, buenos días a todos y todas. Comparezco hoy ante ustedes para presentarles la nueva estrategia de Atención Primaria y comunitaria de salud de Navarra 2018-2022, que próximamente aprobará el Gobierno.

La estrategia que hoy presentamos toma en consideración las prioridades establecidas en el Plan de Salud y trata de responder tanto a las nuevas necesidades ciudadanas como a las expectativas de los profesionales. El contexto de profundos cambios producido en nuestra sociedad y la evolución demográfica y epidemiológica hacen necesario redefinir el horizonte estratégico de la Atención Primaria y concretar su rumbo, al menos para la próxima década, con el objetivo último de garantizar servicios de salud integrados y centrados en la persona.

En el año 2016, en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, la OMS instó a los Estados miembros al fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona, teniendo más en cuenta sus necesidades, e hizo especial hincapié en la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de salud y la colaboración intersectorial para abordar los determinantes sociales más amplios de la salud.

La propuesta que les presentamos trata de ser coherente con la estrategia AP25 del Sistema Nacional de Salud y ha tomado en consideración las estrategias formuladas por otras comunidades autónomas, así como la visión sobre el futuro de la Atención Primaria manifestada por colegios profesionales y sociedades científicas. Todas estas entidades y organismos de la más alta representación parten de la convicción generalizada en todos los expertos nacionales e internacionales de que, sin una Atención Primaria fuerte y empoderada, ningún sistema sanitario es sostenible a largo plazo.

Tanto a la metodología como al proceso de elaboración de la estrategia le concedemos una especial relevancia. El diagnóstico de situación, aunque conocido, nos ha permitido identificar los componentes esenciales a los que habremos de dar respuesta. Los enormes cambios sociodemográficos y epidemiológicos derivados del envejecimiento poblacional y de los cambios en los estilos de vida, que tienen parte muy relevante en la prevalencia de las enfermedades crónicas y el aumento de problemas psicosociales, la medicalización creciente y los incesantes avances en tecnología médica y farmacológica, que producen importantes incrementos en los costes en un contexto de limitación de los recursos económicos; las nuevas necesidades y expectativas por parte de los ciudadanos y su deseo de ser partícipes en la toma de decisiones, o la despoblación de áreas rurales, cuya dispersión dificulta la prestación de servicios eficientes y de calidad, son algunos de los factores determinantes más destacados de la situación actual y demuestran un cambio de entorno tan relevante que, por sí mismo, justifica la necesidad de un nuevo plan estratégico.

El análisis DAFO nos ha permitido identificar las indudables fortalezas del modelo de Atención Primaria de nuestro país, que goza de un elevado prestigio internacional y de la más alta estima poblacional, pero que, sin embargo y de manera contradictoria, tiene escasa visibilidad pública y relevancia social e insuficiente atractivo como destino profesional.

Del mismo modo, nos ha permitido detectar un conjunto de áreas de mejora, tales como la necesidad de adecuar el modelo de atención a cada tipo de necesidad, promover el trabajo multiprofesional, evitar la medicalización progresiva de la sociedad y la dependencia absoluta de los médicos, garantizar una financiación adecuada proporcional a la relevancia del rol asignado, mejorar la capacidad resolutoria reduciendo la dependencia del hospital, solventar las dificultades del modelo de atención rural y de urgencias, y superar los problemas de coordinación y continuidad de servicios para brindar una atención verdaderamente integrada.

Necesidades, todas ellas, a las que se pretende dar respuesta con el plan estratégico que hoy voy a presentarles. Pero antes de exponerles el proyecto, permítanme que les haga una consideración previa: es esencial considerar que lo que hoy se presenta es un plan de carácter estratégico que, por su propia esencia, tiene largo alcance.

Las estrategias definen los objetivos, las líneas y los instrumentos estratégicos que, posteriormente, se han de desplegar en un conjunto de programas de acción operativos. Pretendemos definir el horizonte estratégico de la Atención Primaria, al menos para la próxima década. El objetivo trasciende a una legislatura y a un Gobierno, y por ello necesitamos que la estrategia esté sustentada en un amplio consenso profesional y social.

Precisamente porque somos conscientes de la necesidad de garantizar el más amplio consenso de una estrategia que consideramos esencial para el futuro del sistema sanitario, le concedimos desde el principio la máxima relevancia al proceso de participación, tanto profesional como político. Como recordarán, una vez elaborada la propuesta del plan, mantuvimos una primera ronda de conversaciones con todos los grupos parlamentarios para presentarles la estrategia y nos comprometimos a someter el documento a un proceso de participación profesional y social.

Tal y como nos comprometimos, una vez finalizado el proceso participativo en las últimas semanas, hemos vuelto a reunirnos con los grupos de esta Cámara para anticiparles las conclusiones e intercambiar opiniones sobre las decisiones clave, y comparecemos ante esta Comisión para explicar públicamente la estrategia.

Durante el último año, se ha impulsado un amplio proceso de participación que ha abarcado diferentes líneas: un proceso interno, jornadas técnicas de debate profesional, un debate por centros de salud y encuestas sobre aspectos específicos, y otro proceso abierto con participación social para conocer expectativas de la ciudadanía y promover la corresponsabilidad en intervención comunitaria y el autocuidado.

Presentación pública del borrador de la estrategia, abierta a todos los profesionales. Un proceso específico para el análisis del modelo territorial de urgencia, que incluyó reuniones con metodología cualitativa que permitió detectar las principales dudas y preocupaciones profesionales, lo que permitió elaborar una encuesta específica. Una encuesta remitida a

todos los profesionales del ámbito rural, setecientos veintiocho, con un índice de respuesta del 43 por ciento, con una proporción semejante en personal médico y de enfermería, y una participación proporcionalmente algo mayor en el personal de los SUR frente a los que realizan jornada ordinaria.

De igual modo, se han celebrado reuniones específicas con agentes clave: las juntas técnico-asistenciales, con todas las asociaciones profesionales y científicas, colegios profesionales: junta de personal de Atención Primaria, federación de municipios. Se ha realizado una jornada de contraste social a la que fueron invitados las entidades locales y los distintos agentes sociales, etcétera.

El proceso participativo y de contraste social ha sido coordinado por el Servicio de Atención y Participación Ciudadana del Gobierno y por la Escuela Andaluza de Salud Pública, que, precisamente, está reconocida como centro colaborador de la OMS en servicios de atención integrada basados en Atención Primaria.

También se abrió un periodo de exposición pública y la estrategia ha sido publicada en el portal de Gobierno Abierto para permitir que las entidades y personas que así lo desearan pudieran formular sus propuestas a través de su página web. El proceso participativo finalizó el pasado 15 de marzo, día en que se celebró la llamada jornada de retorno, en la que se presentaron las conclusiones del proceso participativo a todos los agentes que han participado en él.

Las distintas aportaciones se sintetizaron en un conjunto de 203 propuestas, 161 de las cuales proceden de los profesionales, el 72,3 por ciento han sido aceptadas y un 21 por ciento han sido parcialmente consideradas. En todo caso, muchas de las propuestas hacen referencia al despliegue y son, por ello, más propias de los planes o programas específicos de acción que de la estrategia propiamente dicha.

Permítame que me detenga en exponerles las principales conclusiones generales y principales preocupaciones que se desprenden del proceso participativo.

Existe una convicción generalizada de la necesidad de empoderar la Atención Primaria. Se constata un muy amplio consenso en los objetivos estratégicos. Se concede una elevada importancia del conjunto de las acciones propuestas, 75 sobre 100. Necesidad de generalizar el modelo y los circuitos de atención orientados a la necesidad y no solo a la demanda. Imperiosa necesidad de clasificación y orientación de la demanda al profesional idóneo, perfiles y roles profesionales. Existe acuerdo en la necesidad de recuperar el papel comunitario de la Atención Primaria. Tanto profesionales como pacientes apuestan de manera decidida y compartida por incrementar la agilidad y capacidad resolutoria de Atención Primaria con formación y dotación de nuevos medios. Los profesionales reiteran la imperiosa necesidad de mejorar la coordinación con el hospital. Se pone el acento en la necesidad de reforzar y ordenar la atención pediátrica, garantizando que todos los niños tengan un pediatra de referencia en su zona básica. Existe un amplio consenso social en relación con el modelo territorial que apuesta por la equidad territorial y prioriza la urgencia vital. Las discrepancias profesionales se centran en aspectos laborales relacionados con el modelo organizativo de

atención de urgencia rural entre quienes desarrollan su labor en horario ordinario y aquellos que asumen la atención continuada rural, SUR.

Por lo que hace referencia a las principales preocupaciones detectadas, podemos señalar que a los profesionales les preocupa en particular que la asignación de recursos a la Atención Primaria sea realmente una prioridad presupuestaria efectiva y sostenida en el tiempo. Les preocupa que se garantice el desarrollo efectivo y la continuidad de la estrategia, y abogan por el desarrollo de un nuevo marco normativo que facilite el desarrollo de la estrategia, y nos conminan a lograr un alto grado de consenso político, de manera que los objetivos tengan continuidad en el tiempo.

Otro de los aspectos que más preocupan a los profesionales hace referencia a la coordinación con otros niveles asistenciales y reclaman contar para ello con los instrumentos y atribuciones necesarios para liderar los nuevos modelos de atención centrados en la persona. Apuestan por reforzar las actuaciones dirigidas a promover una gestión racional de la demanda, intensificando las campañas de concienciación y educación dirigidas a la población.

A continuación, y tal y como nos ha sido solicitado, voy a exponer de manera sucinta el contenido de la estrategia. Voy a hacer el máximo esfuerzo posible por resumirla, pero, dada su dimensión, no voy a poder evitar que la exposición se extienda por otros quince o veinte minutos.

La Atención Primaria asume la primera línea de atención de las necesidades de salud de las personas, las familias y de la comunidad con vocación universal proporcionando servicios de calidad, tanto de prevención, promoción, atención sanitaria como de rehabilitación, de manera integral, con continuidad, accesibilidad y equidad, de forma aceptable para las personas, segura y sostenible a lo largo de tiempo.

Para lograr la necesaria transformación del sistema sanitario, tenemos que ser capaces de lograr que los profesionales estén alineados con la misión, la visión, los valores y objetivos estratégicos de la nueva estrategia de Atención Primaria, y estos han de ser coherentes con los definidos para el conjunto del sistema sanitario del que forma parte.

Afortunadamente, el proceso de participación ha puesto de manifiesto que existe un muy amplio consenso con los objetivos estratégicos que se han definido para marcar el rumbo de la Atención Primaria para la próxima década.

En concreto, los objetivos estratégicos finalistas que se proponen son: impulsar las estrategias de prevención y promoción de la salud y la participación e intervención comunitaria a nivel local; adecuar la organización a los nuevos modelos asistenciales y reforzar las estrategias de intervención y atención integrada orientadas a la persona, como por ejemplo la estrategia de crónicos, entre otras; incrementar la agilidad y capacidad resolutoria de la Atención Primaria dotándola de los medios precisos; mejorar la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural; y priorizar la atención a las urgencias rurales.

Para ello, y como objetivos instrumentales, precisamos definir y reforzar el rol de la Atención Primaria, regular y ampliar las competencias y atribuciones de los distintos perfiles profesionales, impulsar la innovación y la autonomía profesional y organizativa, reforzar la

formación e impulsar la investigación, aprovechar las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías para mejorar la accesibilidad, la continuidad de la atención y la formación, desarrollar sistemas de información de apoyo al clínico y de evaluación de resultados, y, sobre todo, necesitamos asegurar la financiación y los recursos necesarios otorgando a la Atención Primaria el carácter de prioridad presupuestaria, tal como recomiendan los organismos internacionales y nos reclaman nuestros profesionales.

En este diagrama se representa de manera esquemática el desarrollo del plan de acción de la estrategia de Atención Primaria y comunitaria. Un paso previo para el desarrollo de la nueva estrategia es definir el nuevo rol que se espera de la Atención Primaria del siglo XXI y concretar las responsabilidades y atribuciones que se designan para ello.

Por su parte, el plan de acción de la estrategia se centra en el desarrollo de un conjunto de planes y proyectos estratégicos orientados a los dos ejes estratégicos definidos por el Departamento de Salud. Por un lado, mejora de la salud de la población y reducción de las desigualdades con proyectos de participación e intervención comunitaria y, por otro, mejora de la atención sanitaria con el desarrollo de los nuevos modelos asistenciales orientados a la persona, y con proyectos de tanta trascendencia como la mejora de la capacidad resolutive o la atención integrada a la infancia.

El desarrollo de estos proyectos finalistas precisa de un nuevo ecosistema configurado por un conjunto de elementos instrumentales, el modelo territorial, el modelo de organización, el modelo tecnológico, el modelo de formación y desarrollo profesional.

Detallaré los distintos proyectos estratégicos y haré hincapié en sus objetivos generales, pero, por razones de tiempo, me veré obligado a enunciar únicamente sus principales líneas de acción.

Como primera medida, precisamos definir, con el rango legal adecuado, el rol que ha de jugar la Atención Primaria, las responsabilidades y las atribuciones para cada uno de los estamentos y perfiles profesionales de la Atención Primaria necesarias para garantizar el ejercicio efectivo de su misión. Necesitamos generalizar un modelo y unos circuitos de atención centrados que permitan ofrecer a cada paciente el modelo de atención más adecuado a su verdadera necesidad y orientar al paciente al profesional idóneo.

Permítanme que resalte algunos aspectos del nuevo rol de la Atención Primaria y comunitaria. La nueva Atención Primaria ha de conjugar una atención personalizada a cada paciente y familia con intervención comunitaria sobre los factores determinantes de la salud en el ámbito local. Ha de ejercer como agente principal del paciente ante el sistema sanitario actuando como garante de una atención sanitaria accesible, integral, integrada y longitudinal a la persona, y como agente clave en la priorización clínica. Su posición privilegiada le permite actuar como agente clave en la evaluación de resultados con visión poblacional.

En la estrategia se prevé definir nuevas responsabilidades y asignar nuevas atribuciones a los distintos estamentos profesionales para que estén en condiciones efectivas de desarrollar con eficacia su papel, potenciar al máximo el desarrollo efectivo de las competencias de todos los estamentos profesionales, y garantizar que, en cada caso, la atención sea prestada en el nivel

asistencial y por el profesional idóneo es un elemento esencial para el desarrollo futuro de la Atención Primaria. Y no solo porque de ello depende en gran parte la sostenibilidad del sistema público, sino también y sobre todo porque necesitamos desarrollar un modelo de atención más biopsicosocial, menos medicalizado y más orientado a la verdadera necesidad de cada paciente.

Médicos de familia y pediatras deben estar en condiciones de ejercer su papel de responsable principal del paciente y, para lograrlo, tenemos que garantizar que dispongan de los medios y del tiempo necesarios para prestar una atención médica de calidad a los pacientes que realmente necesitan y se benefician de una atención propiamente médica.

Así mismo, necesitamos asignar a los profesionales de enfermería unas responsabilidades y atribuciones proporcionales a su creciente nivel de competencia y capacidad. Hay que tomar en consideración la creación de las especialidades de enfermería familiar y comunitaria y de enfermería pediátrica con formación vía EIR y con una duración adicional de dos años.

En definitiva, existe un amplio consenso profesional de generalizar el modelo de atención orientado a la necesidad, y los profesionales de Atención Primaria consideran como un requisito para la generalización de este modelo el desarrollo de un nuevo perfil de personal administrativo sanitario que permita garantizar una adecuada orientación inicial de las distintas tipologías de demanda a los modelos asistenciales y a los perfiles profesionales más idóneos para cada necesidad conforme a los protocolos establecidos. Además de adecuar el modelo asistencial a la necesidad, estas medidas permitirán alcanzar objetivos de mejora.

Del mismo modo, para desarrollar un nuevo modelo de atención sociosanitaria integral centrada en la persona y garantizar una atención idónea a colectivos vulnerables o en situaciones de riesgo psicosocial, es necesario asignar las responsabilidades y atribuciones oportunas al personal de trabajo social sanitario.

Quizá, uno de los aspectos más novedosos que incorpora la nueva estrategia propuesta es el desarrollo de un nuevo modelo territorial que persigue un doble objetivo: mejorar la equidad territorial para reducir las desigualdades en salud y afianzar el asentamiento de la población en el medio rural priorizando la atención a las urgencias, y desarrollar un nuevo marco territorial adecuado para el desarrollo de servicios de apoyo a las estrategias de atención integrada orientada a la persona sanitarias y sociosanitarias.

En línea con otras comunidades autónomas, en el nuevo modelo territorial se apuesta por el desarrollo de una nueva demarcación territorial, el distrito sanitario, a medio camino entre el área de salud y la zona básica, y que constituirá la demarcación geográfica y poblacional territorial que sirva de marco territorial para el desarrollo de servicios integrados de apoyo a la Atención Primaria sanitaria y sociosanitaria.

El desarrollo de los distritos sanitarios será progresivo y ofrecerá, al menos, los siguientes servicios: servicios de emergencia con radiología, enfermería avanzada, fisioterapia, farmacia y otros servicios propios de apoyo para mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria; nuevos servicios hospitalarios descentralizados, además de los actuales centros de salud mental y salud sexual y reproductiva; servicios de salud pública descentralizados como apoyo a

las estrategias de promoción de la salud y de intervención comunitaria; actividades y servicios que promueven la autonomía de las personas y previenen la dependencia.

Así mismo, se prevé que el distrito sirva de marco territorial para el desarrollo de nuevos servicios de atención sociosanitaria. A medio plazo, los distritos podrían también contar con capacidad de gestión integrada con ámbitos de ámbito poblacional.

Como ya he señalado, el proceso participativo ha permitido constatar que existe un amplio consenso social en relación con el nuevo modelo territorial que apuesta por la equidad territorial, prioriza la urgencia vital y garantiza el mantenimiento, a corto y medio plazo, de los actuales PAC. También nos ha permitido desechar la posibilidad de ampliar el número de PAC con guardia localizada.

En relación con la atención a la emergencia, y como ya hemos anunciado, se prevé la creación de nuevos servicios de emergencias en los distritos de Tafalla-Zona Media, Sangüesa-Pirineos, Sakana-Alsasua, Bidasoa-Santesteban, de manera que en el año 2020 el 75 por ciento de la población se situará en la isócrona de quince minutos de un servicio médico específico de emergencias. Estos servicios contarán con personal médico y de enfermería específico, con experiencia en emergencias, y estarán dotados de radiología, química seca, ecógrafo y con una UVI móvil o ambulancia de soporte vital avanzado.

En relación con la controversia laboral suscitada en relación con el modelo organizativo de atención de urgencia rural entre quienes desarrollan su labor en horario ordinario y aquellos que asumen la atención continuada rural –SUR–, el departamento, finalmente, ha decidido apostar por la integración progresiva y voluntaria de los profesionales SUR en la labor ordinaria de los equipos con el fin de garantizar la atención personalizada a la población. La teórica alternativa estratégica de mantener dos equipos profesionales totalmente independientes ha sido desechada por razones de ineficiencia, a lo que se une que, en los próximos años, vamos a seguir encontrándonos con un déficit de especialistas de medicina familiar y comunitaria, por lo que es preciso priorizar la cobertura de plazas de los profesionales que prestan atención personalizada en horario ordinario.

En todo caso, se ha constatado que no puede establecerse un modelo único de organización interna de los profesionales que sea adecuado para todas las zonas y comarcas, ya que presentan características muy diferenciadas, por lo que apostamos por flexibilizar la evolución organizativa adaptándola a las necesidades de cada comarca o distrito y con la participación social y profesional, y de acuerdo con proyecto de autonomía organizativa de los equipos.

En cuanto al intenso debate suscitado en torno a las microguardias, abogamos por su sustitución progresiva y voluntaria por guardias, facilitando propuestas organizativas específicas en cada zona, teniendo en cuenta al conjunto del equipo de Atención Primaria. En todo caso, a este respecto es importante señalar que esta alternativa ha sido mayoritaria en las encuestas y que, además, esta es una decisión de gestión ordinaria que no es propia de un plan estratégico.

Otro de los proyectos incluidos en la estrategia y que ya se viene desplegando en esta legislatura es el plan de mejora de la capacidad resolutoria, que pretende incrementar la agilidad y capacidad resolutoria de la Atención Primaria dotándola de los medios precisos.

Se prevé dotar a los equipos de Atención Primaria de nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos, radiografía, ecografía, test de diagnóstico rápido, retinógrafos, medidores domiciliarios de INR, medidores de HB A1C, etcétera.

Entre otras líneas de acción, se generalizará el acceso directo a pruebas, se generalizará la interconsulta no presencial con los especialistas hospitalarios y se aprovecharán las oportunidades que brindan la telemedicina y otras nuevas tecnologías para mejorar la accesibilidad, la continuidad de la atención y la formación continuada a los profesionales de las zonas rurales.

Otro de los objetivos estratégicos hace referencia a la necesidad de adecuar la organización y reforzar el despliegue de las estrategias y los nuevos modelos asistenciales de atención integrada orientada a la persona.

Como ustedes bien conocen, el departamento está desplegando la estrategia específica de atención a la cronicidad, que necesitamos afianzar garantizando su extensión al cien por cien de la población crónica de Navarra, y en el cual debemos reafirmar el liderazgo de la Atención Primaria. Esta estrategia se debe completar, así mismo, con el despliegue de la estrategia de atención sociosanitaria que ya estamos empezando a implantar en la comarca de Tafalla.

Se hace necesario, así mismo, desarrollar las previsiones del plan de mejora en la atención a procesos agudos autolimitados, al plan de mejora de la capacidad funcional, a los modelos y servicios de atención domiciliaria y hospitalización, o la adecuación del modelo de atención paliativa y su extensión a la enfermedad crónica avanzada.

Por lo que hace referencia a la atención infantil, se prevé el desarrollo de los programas y actividades de promoción, prevención y atención integrada previstas en el II Plan Integral de Apoyo a la Familia, la Infancia y la Adolescencia, recientemente aprobado por el Gobierno de Navarra mediante el trabajo en red en el ámbito local contando con la colaboración de las entidades locales y los profesionales de derechos sociales y educación.

Como bien conocen, el actual déficit de pediatras es general en todo el Estado, pero confiamos en que sea coyuntural. Por ello, aunque esta situación se prolongue más de lo deseado, hemos decidido mantener el modelo actual con plazas de pediatría en cada zona de salud. En todo caso, mientras persista la actual situación, seguiremos adoptando las decisiones oportunas que tienen en la presentación.

Priorizaremos la cobertura de las plazas de atención pediátrica en Atención Primaria en las OPE y procesos de movilidad de profesionales. Cuando resulte imposible cubrir las plazas con pediatras, garantizaremos la atención específica a la población pediátrica en la zona con médicos de familia capacitados en atención a la población pediátrica. Esta medida la podremos complementar con el apoyo de pediatras consultores o con la libre elección de pediatra en zonas básicas próximas con incentivos adecuados, cuando la actividad adicional implique la necesidad de prolongar la jornada. Al igual que en adultos y con independencia del déficit

coyuntural de pediatras, consideramos necesario asignar a los profesionales de enfermería unas responsabilidades y atribuciones proporcionales a su creciente nivel de competencia, teniendo en cuenta además el horizonte que ofrece el desarrollo de la especialidad de enfermería pediátrica.

Otros aspectos esenciales que se consideran en el plan hacen referencia al impulso de la estrategia de crónicos en la población infantil, al despliegue del nuevo programa de salud infantil con una visión interdisciplinar, a la detección precoz del riesgo psicosocial, al desarrollo de nuevas modalidades de intervención sociosanitaria en la escuela, al impulso de la educación parental y la parentalidad positiva, y al trabajo en red en el ámbito local.

Impulsar las estrategias de prevención y promoción de la salud y la participación e intervención comunitaria a nivel local constituye otro de los objetivos estratégicos del plan. Abogamos por recuperar el papel comunitario de la Atención Primaria que nunca debió perder y que figura en el propio nombre de la especialidad.

También la promoción de la salud, al igual que ocurre con la promoción social o educativa, exige una intervención comunitaria interdisciplinar y es una corresponsabilidad de todos: de las entidades locales, de los profesionales sanitarios, sociales, educativos, y de los agentes y asociaciones de la Comunidad. Por ello, consideramos necesaria la creación de los consejos locales sociosanitarios de intervención comunitaria. En esta diapositiva, en la que no me detendré, se muestra la propuesta de composición y funciones que, prevemos, podría asumir este órgano.

El plan estratégico de la Atención Primaria y comunitaria incluye también los instrumentos estratégicos que consideramos esenciales para hacer posible el desarrollo de los proyectos enunciados. Para lograr la transformación de la Atención Primaria, se han previsto los siguientes instrumentos estratégicos: marco normativo, escenario presupuestario, política de personal, formación e investigación, modelo tecnológico, cronograma, sistemas de información y evaluación.

Con respecto al marco normativo, se prevé hacer referencia en la nueva Ley Foral de Salud a la nueva misión de la Atención Primaria y su carácter de prioridad presupuestaria, y regular los aspectos esenciales de la estrategia, tales como el modelo territorial, el modelo general de atención orientado a la necesidad con garantía de atención en el día, las estrategias de intervención y atención integrada, etcétera.

En cuanto al escenario económico, se ha considerado adecuada y realista la propuesta formulada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en su informe sobre la Atención Primaria de salud en España en 2025, porque, como se verá, se acomoda de manera razonable a las estimaciones realizadas para cada uno de los proyectos incluidos en la estrategia que se presenta en esta tabla.

En concreto, se prevé un escenario de incremento anual de 0,3 puntos en el porcentaje de participación del presupuesto global del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de manera que en el año 2025 la Atención Primaria representa al menos el 17,3 por ciento. Esta propuesta supone un incremento progresivo anual de al menos el 4 por ciento, 6 millones de

euros anuales adicionales para financiación específica del plan de acción y sus distintos proyectos.

En materia de política de personal, se prevé convocar el mayor número posible de plazas en OPE para competir con otras comunidades autónomas, sobre todo de médicos de familia y pediatras, redimensionar las plantillas y adecuar el sistema de TIS estandarizadas teniendo en cuenta también la segmentación por carga de enfermedad.

El plan contempla objetivos específicos y una oferta formativa plurianual para cada estamento profesional dirigida a las prioridades de actuación, al desarrollo de nuevas capacidades resolutorias para el ejercicio de las nuevas atribuciones y responsabilidades.

En el ámbito de la investigación, se apuesta por impulsar la creación de estructuras, grupos y redes de investigación estables, y por facilitar el reconocimiento de tiempos propios de investigación, incluyéndose entre los objetivos de los contratos de gestión.

La estrategia incluye referencias explícitas en relación con el desarrollo de las nuevas tecnologías de comunicaciones, que constituyen elementos estratégicos esenciales en un sistema caracterizado por su amplio despliegue territorial. Disponer de anchos de banda de alta capacidad en el ámbito rural nos permitirá aprovechar las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías. De igual modo, resulta estratégico disponer de una historia clínica única y dotada de un sistema de intercomunicación profesional con posibilidad de adjuntar imagen. Este complejo e irrenunciable objetivo resulta crítico para garantizar una atención sanitaria verdaderamente integrada y debe aspirar a ir construyendo la historia sociosanitaria.

En estas dos diapositivas, en las que tampoco me voy a detener, se puede ver el cronograma marcado para la implementación de las distintas acciones y proyectos.

En conclusión, nos ratificamos en la idea de que, sin una Atención Primaria fuerte y empoderada, el sistema sanitario no es sostenible. Pero lograr que la Atención Primaria asuma de verdad el timón de un sistema sanitario integrado es responsabilidad de todos. La Administración y los distintos grupos políticos han de comprometerse a otorgar visibilidad pública y empoderar a la Atención Primaria potenciando el rol y las atribuciones de sus profesionales, así como a garantizar una financiación proporcional al rol asignado. Por su parte, los profesionales de Atención Primaria han de estar dispuestos a asumir su responsabilidad con profesionalismo y a estar dispuestos a salir de la zona de confort. Pero, sobre todo y ante todo, es preciso contar con el consenso profesional y político necesario para dotar a la estrategia de la solidez temporal requerida.

Por eso, invito a los grupos de la Cámara a complementar la estrategia o sugerir los cambios que consideren oportunos para que puedan sumarse al esfuerzo colectivo de dotarnos de una estrategia sólida. El consenso estratégico exige que se compartan todas y cada una de las acciones que son propias de los planes operativos. Precisamente, para que una estrategia puede suscitar el consenso y mantener su vigencia el tiempo necesario, ha de gozar de la flexibilidad necesaria para adaptarse a los cambios del contexto y para posibilitar gobernar a distintas formaciones políticas y a los sucesivos gestores que habrán de desarrollarla.

En los próximos días, les haremos llegar el documento definitivo y les agradeceremos que nos hagan llegar las propuestas que consideren oportunas. Todos podremos contribuir a construir un relato que movilice a los profesionales y los alinee con la misión y los objetivos estratégicos. Y nada contribuiría más a ello que comprobar que somos capaces de lograr el consenso necesario en una apuesta sólida y firme por el desarrollo de la Atención Primaria. Muchas gracias, eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Muchas gracias, señor Consejero. A continuación, empezamos el turno de intervenciones, solicitado por Unión del Pueblo Navarro, que toma la palabra por un espacio máximo de diez minutos.

SR. SAYAS LÓPEZ: Gracias, Presidenta. Buenos días, señorías. La verdad es que es decepcionante la comparecencia del Consejero. Le diría que sorprendente, pero la verdad es que no nos sorprende. No nos sorprende que usted venga a este Parlamento con un documento absolutamente vacío, con una estrategia que no es una estrategia. Y la pregunta es qué ha hecho usted durante tres años para venir tres años después y preguntarse cuál es el rol que va a tener la Atención Primaria. ¿Pero es que aún no ha definido ni tan siquiera cuál es el rol que va a tener la Atención Primaria en tres años, señor Consejero? Usted dice que los profesionales salgan de la zona de confort. El que está en la zona de confort toda la legislatura es usted, no los profesionales de la sanidad. Lleva usted inserto en la zona de confort toda la legislatura, y no ha hecho una sola acción en toda la legislatura para mejorar la sanidad navarra. ¿Y sabe lo que nos está pasando, señor Consejero? Que así nos está yendo, que Navarra encabezaba todos los *rankings* de sanidad a nivel nacional y hoy hemos pasado al séptimo punto. ¡Al séptimo! Cuando los encabezábamos siempre. Y dirá usted: «No, es que las encuestas...». Pues son las mismas encuestas que usted valoraba a bombo y platillo cuando le daban a usted los buenos resultados. Pero hoy es incapaz de dar una explicación cuando no le dan a usted los buenos resultados.

Otra de las cosas que usted ha puesto de manifiesto es que usted es un buen médico, pero, desde luego, es un nefasto gestor. Claro, cuando viene usted y nos presenta una estrategia y nos dice que en una estrategia no hay que recoger un plan, sino que hay que recoger la visión, la misión y los valores... Hombre, yo no sé lo que sabe usted de estrategia, yo le digo que cualquiera que haga una estrategia seria, una estrategia en la que pone las palabras «priorizar», «incrementar», «mejorar» e «impulsar», en todas las ocasiones, lo que hay que hacer es tirarla a la basura, señor Consejero. Eso es lo que hay que hacer, porque eso no es una estrategia, eso no es un plan, eso es un humo tombolero. Una estrategia tiene que concretar, tiene que definir con concreción qué es lo que pretende hacer. Tiene que responder a cuatro preguntas: ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuánto? Y ¿con qué medios? Eso es lo que tiene que responder un plan de acción. Que por supuesto que un plan de acción forma parte de una estrategia, ¿pero cómo no va a formar parte un plan de acción de una estrategia? En una estrategia, primero hay que definir el horizonte, hacia dónde se quiere llegar, la misión; la visión, y por supuesto que hay que bajar la visión a la tierra, que es lo que le falta a usted. Usted se queda en los parámetros altos, en la reflexión y en el estudio. Y le dije una vez que a estudiar se va a Harvard. Aquí se viene a diseñar un plan práctico para solucionar los problemas que tiene la sanidad navarra, y usted no ha puesto ni una sola medida sobre la mesa con concreción.

Y le voy a decir. Fíjese, por ejemplo, usted habla de que los médicos tengan el tiempo necesario. ¿Cuánto considera el Consejero que es el tiempo necesario para la atención a un paciente? ¿En qué plazo piensa el Consejero que se va a poder alcanzar ese tiempo que usted considera necesario? Y ¿qué recursos va a poner sobre la mesa para que los médicos puedan atender a los pacientes el tiempo necesario? Y si considera usted que el tiempo que hoy atienden los médicos a los pacientes no es el necesario. Es que, si no, se queda en un eslogan, señor Consejero, y lo que le pedimos a alguien que dirija la sanidad es que tome decisiones y gestione algo.

Otra de las cosas. Habla usted de la responsabilidad que quiere dar a la enfermería. ¿Qué responsabilidades quiere dar a la enfermería que no tenga en la actualidad? Eso se lo pregunto, porque es que es inaudito que usted nos presente un plan para la Atención Primaria y que no nos diga qué nuevas responsabilidades quiere otorgar. Y díganos cuándo piensa hacerlo, con qué recursos va a contar y qué coste va a ahorrar o a asumir como más gasto esa medida. Es que es inaudito, señor Consejero, que llevamos tres años de legislatura. Usted ¿para cuándo hace un plan? Es que este plan tendría que haberse hecho en los seis primeros meses de su legislatura. Sí, sí, en los seis, porque les recuerdo que era una prioridad del cuatripartito. Bueno, pues llevamos tres años. A usted le queda uno, en el mejor de los casos, en el Gobierno. Usted no puede implantar esto. Pero es que, para empezar, no solo no puede implantar esto, sino que es que uno lee este documento –y le aseguro que me lo he leído detenidamente– y no hay nada que implantar, porque no hay acciones en el documento. Porque el documento está plagado de eslóganes, porque no hay presupuesto, porque no hay responsables de implantar las acciones, y eso es un instrumento de *marketing*, pero no es un plan de acción en ningún sitio de gestión que se tenga por serio.

Hablaba usted del modelo territorial y de los distritos sanitarios. ¿Cuáles van a ser esos distritos sanitarios? ¿Qué localidades va a englobar cada uno de esos distritos? ¿Qué servicios van a tener los distritos? ¿Cuáles de esos servicios se van a quitar actualmente a las localidades en las que se prestan para comarcalizarlos? ¿Quiere decir algo de esto? Porque hay mucha gente preocupada, porque ya está ocurriendo en materia de pediatría, por ejemplo, que en su pueblo ya no tiene pediatra. Y eso ocurre en algunas localidades de la Ribera. Y eso hace que tengan que moverse veinte kilómetros para ir al pediatra, y eso es un paso atrás en la atención de los niños en nuestra Comunidad, y es un paso atrás en la defensa de esa sanidad pública que venían ustedes a hacer. Y usted dice: «No, cuando no haya pediatras, pues que les atienda el médico de familia». Pero es que el médico de familia no es un pediatra, señor Consejero. Es que usted tiene que poner los medios para que no falten pediatras, y no sabemos qué es lo que va a hacer usted para que no falten pediatras.

Le reitero: ¿cómo van a quedar esos distritos sanitarios? Porque eso tendría que estar en el plan. ¿Qué localidades van a formar parte de esos distritos? ¿Qué servicios van a tener y cuáles se le van a quitar a las diferentes localidades para que pasen a estar comarcalizados?

Hoy dice que no se van a cerrar puntos de atención continuada. No era eso lo que venía en un primer plan; nos alegramos. Tampoco es eso lo que la directora actual señalaba en un documento en la legislatura pasada, que apostaba por cerrar puntos de atención continuada.

Por otro lado, usted, en este plan, también habla del modelo de transporte sanitario. Pero, vamos a ver, ¿cómo puede recoger en un plan que hay que dialogar sobre el modelo del transporte sanitario –sí, sí, que lo dice en la estrategia, que está colgada en internet– cuando, desde el 31 de marzo –sí, está en la página oficial del Gobierno de Navarra, señor Consejero, que me la he descargado, ciento sesenta páginas–, hay un acuerdo sobre el modelo de transporte sanitario? Lo que no ha hecho usted es implantarlo. Y yo le pregunto: ¿cuándo va a sacar usted los pliegos? Porque ha pasado un año y unos cuantos meses ya, señor Consejero, y aquí seguimos, sin ninguna acción por su parte.

Más cosas. Proyectos enumerados y que no se corresponden con la Atención Primaria. Pues le voy a enumerar unos cuantos, porque, simplemente, se recopilan, adornan lo diseñado, pero muchos de ellos llevan impulsados desde ya hace muchos años, son de otros ámbitos de salud y algunos hasta de otros departamentos del Gobierno.

Observatorio de salud comunitaria y escuela de pacientes. Es de Salud Pública.

Coordinación de AP y AE en interconsulta no presencial. La interconsulta no presencial se realiza desde hace quince años. Se la encontró desplegada en casi todos los servicios y su extensión a dermatología con incorporación de imagen se hizo desde la Dirección de Asistencia Sanitaria.

Estrategia de crónicos. También se la encontró hecha, con un piloto realizado. También se lleva desde la Dirección de Asistencia Sanitaria, aunque participe Atención Primaria.

Hospitalización a domicilio. Proyecto hospitalario en el que, por cierto, ha invertido mucho dinero sin quitar una sola cama de hospitalización convencional y sin ninguna coordinación con la Atención Primaria.

Sigo. Teleasistencia. Proyecto de Derechos Sociales.

Plan de Mejora de Capacidad Funcional. Tampoco se ha hecho nada en Atención Primaria.

Reordenación de transporte sanitario. No es de Atención Primaria.

Creación de la carpeta de salud. Se la encontró hecha y tampoco la lleva Atención Primaria.

Acciones sin presupuesto, por poner ejemplos: ECG, conexión coronaria, portabilidad de la historia clínica, creación de un portal de conocimiento, incentivación de la investigación y de la innovación, mejora de la accesibilidad, modelo de autogestión, coordinación sanitaria, mesa de transporte, urgencias rurales. Ni una sola de esas medidas tiene una consignación presupuestaria, señor Consejero. Ni una sola de estas medidas que acabo de relatar.

Por tanto, lo que ha demostrado usted con esta comparecencia –y es lo preocupante– es que usted no tiene un plan para la Atención Primaria en nuestra Comunidad, que usted viene a que parezca que hace algo, cuando, en realidad, usted no sabe ni por dónde le está dando el aire. Tiene descontentos a los profesionales, tiene preocupada a mucha gente en el ámbito rural, al que ven que se le está quitando servicios, como es el caso especialmente de la pediatría, donde tiene a muchos padres de esta Comunidad preocupados porque se tienen que desplazar a otras localidades donde antes no tenían que ir con sus hijos. Además, se colapsan centros de

Atención Primaria por su falta de previsión. Y todo esto lo cierra usted con un plan de humo tres años después de haber iniciado la legislatura. Pues esta es su gestión, señor Consejero, no me extraña que se deteriore nuestra sanidad pública. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Muchas gracias, señor Sayas. Tiene ahora la palabra el señor Eraso, del Grupo Geroa Bai.

SR. ERASO SALAZAR: Muchas gracias, Presidenta. Buenos días, Consejero, equipo que le acompaña, y bienvenido, nuevo Jefe de Gabinete, suerte en su gestión. Señor Sayas, la verdad es que presenta un panorama –bueno, como suele ser habitual en sus intervenciones– de la sanidad navarra desastroso; de la atención sanitaria, oscuro, negro a más no poder. Y hace una leve referencia a un barómetro sanitario que se publicó hace poco, sobre 104 entrevistas, que daba unos resultados que califica de nefastos. Y dice que la situación es penosa, pero las encuestas de satisfacción realizadas por el Servicio Navarro de Salud, 5.198 encuestas, dicen que la satisfacción no es tan negra como usted la pinta. Con lo cual, en algún sitio está fallando su argumento.

Dicho eso, agradezco al señor Consejero todas las explicaciones de esta estrategia de Atención Primaria. Sí que quiero decir que una estrategia, según dice el diccionario de la Real Academia, es una serie de acciones muy meditadas encaminadas hacia un fin determinado. Y yo creo que eso es en lo que se está trabajando, ¿verdad?

Era compromiso de los cuatro grupos firmantes del acuerdo programático apostar claramente por la priorización de la atención sanitaria como eje del sistema sanitario, así como abordar la reforma de la Atención Primaria garantizando la accesibilidad, la equidad y la calidad en la atención sanitaria de toda la población, atendiendo al modelo territorial y al modelo de urgencias rurales. Esa era la premisa y, además, sobre esa premisa ha trabajado el departamento y está recogida en esta estrategia que se nos ha presentado hoy.

Por otra parte, y ya se ha dicho, este plan ha sido ampliamente participado por profesionales y otros estamentos sociales, y de todas las aportaciones realizadas, un 70 por ciento se han incorporado a él. Con lo cual, esa insatisfacción que dice el portavoz de Unión del Pueblo Navarro que hay en todos los sectores implicados en la sanidad con el señor Consejero y sus políticas entiendo que no es tal.

De ese proceso participativo se han extraído unas conclusiones y, sobre esas líneas, se plantea el camino que hay que seguir para mejorar la atención sanitaria. Ha relatado usted... Bueno, hay una serie importante de medidas, nosotros queremos destacar la apuesta por incrementar la agilidad y la capacidad de la Atención Primaria mediante la formación de los profesionales y la dotación de medios, así como la coordinación con la hospitalización y las medidas para garantizar la atención pediátrica, que sí que es verdad que es uno de los caballos de batalla que tiene no solo este departamento, no solo el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, sino todos los departamentos de salud de todas las comunidades.

El objetivo, al final, es conseguir un modelo de atención que, tras definir las responsabilidades y atribuciones de los profesionales de la salud, nos lleve a una atención personalizada a los pacientes y a las familias, así como una atención accesible e integral.

Puntos que hemos de poner también en valor son las acciones de mejora referidas a la equidad territorial, un tema muy importante en la Navarra tan diversa que tenemos, con zonas con un riesgo grande de despoblación. Esa mejora de la equidad territorial nos llevará a reducir las desigualdades en salud y a afianzar el asentamiento de la población. Y, luego, eso lleva implícito, como ya ha dicho el señor Consejero, la priorización de las urgencias. Luego, se ha hecho referencia también al plan de atención integral a la infancia y adolescencia, un plan que habrá que desarrollar al máximo.

Nosotros, en Geroa Bai, sí que valoramos como importante la participación en la elaboración de esta estrategia. Y más importante si cabe será la participación que llegue a través de los consejos locales de intervención comunitaria y las escuelas de salud. Consejos locales; usted ha pasado la diapositiva un poco por alto, pero sí que reflejaba que desde las entidades locales hasta profesionales y todo tipo de asociaciones implicadas en la salud iban a estar participando.

Luego, decía el señor Sayas que es humo, que es un plan vacío que no concreta nada. Decía que había cuarenta y seis acciones recogidas sin presupuesto. Ahí nos ha presentado usted unas estimaciones económicas que entendemos que son importantes y que estarán ajustadas a la realidad que se prevé. Y, luego, nos ha presentado también un cronograma con unas fechas para la toma de las decisiones necesarias para poner este plan en funcionamiento. Y hablaba de pediatría y de cómo vamos a conseguir pediatras y médicos para Atención Primaria. Bueno, pues ya lo ha dicho usted, mediante las ofertas públicas de empleo. Y aquí, yo veo que en el año 2018, en este primer semestre, hay una Oferta Pública de Empleo, está prevista otra para 2019 y se prevé hacerlo en años sucesivos. Con lo cual, se va a intentar solucionar el problema de Atención Primaria y de pediatría.

Nosotros, en Geroa Bai, valoramos y agradecemos el trabajo que hace el departamento y, desde luego, como ha dicho usted al final de su intervención, esto tiene que ser un tema consensuado por todos los agentes implicados. Desde luego, desde lo político, sí que puede contar con el apoyo de Geroa Bai para la ejecución de esta estrategia. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Muchas gracias, señor Eraso. Tiene ahora la palabra la portavoz de EH Bildu, señora Ruiz.

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, mila esker, Presidenta andrea. Egun on guztioi. Bienvenidos, Consejero y todo el equipo que le acompaña. No puedo dejar de comentar al señor Sayas, en fin, ya que nos ha dado una lección magistral sobre qué es una estrategia seria, que se repase, que se coja el panfleto que nos trajo en la legislatura pasada la señora Marta Vera y, entonces, si quiere, hablamos.

Voy a centrar mi intervención, en primera instancia, en relación con el proceso que se ha llevado adelante a lo largo de los últimos meses, y posteriormente sobre el contenido.

En relación con el proceso, es cierto que se lleva tiempo trabajando, que se ha hecho un proceso participativo vía encuestas, sesiones, jornadas presenciales de contraste social, la última de retorno, recientemente, y entendiendo que no podía ser de otra manera. Estamos hablando de un tema que, además de afectar a muchos y muchas profesionales, desde luego,

cuando hablamos de la organización y de las reformas que requiere el sistema sanitario, la estrategia que se adopte en Atención Primaria tiene que ser el pilar fundamental porque, sobre esa base, también habrá que adoptar medidas en otros ámbitos de la sanidad.

También es verdad que había un mandato claro desde la legislatura pasada, tanto político como profesional, que había que subsanar algunas de las chapuzas que se habían hecho en la legislatura pasada. Por ejemplo, el tema de las microguardias. Y también –no es la primera vez que lo decimos–, a nuestro juicio, este tema se ha abordado no con la prontitud que a nosotros, al menos, nos habría gustado. Y dicho eso, sabemos que no es un tema fácil, que hacía falta –y, seguramente, seguirá haciendo falta– mucha cocina. Hay temas complicados, y hablaba usted de la integración de los SUR en los equipos de Atención Primaria; es un tema que colea también desde la legislatura pasada, y creo que se le ha dado una buena respuesta por parte del departamento, pero eso no implica que vaya a ser fácil. Por tanto, creo que habrá que seguir trabajando.

Respecto al contenido de la estrategia que se plantea, creo que es importante ver cómo se enmarca. Y creo que aquí está la diferencia fundamental con la pretendida reforma que se quiso impulsar en la legislatura pasada. Y creo que, al contrario de lo que se hacía con el planteamiento anterior, esta estrategia o este planteamiento no parte de un plan de ajuste, no parte de un objetivo economicista o de un objetivo de recorte, que sí tenía el planteamiento anterior.

Y yo voy a enumerar cuatro características que en EH Bildu nos parecen positivas y que creo que marcan... Independientemente de las dudas o de los riesgos que podamos ver, y de alguna reticencia que podamos tener en algún punto en concreto. Sí que lo quiero poner de manifiesto.

En primer lugar, creemos que es muy positivo que se haga un planteamiento global, que abarca la comarcalización de los diferentes servicios, de las urgencias, que abarca también el tema del transporte sanitario, el tema de la participación e intervención comunitaria, el plan de resolutivez de la Atención Primaria, la atención integral a la infancia, y creemos que está muy lejos de los parches sueltos que se han querido impulsar a lo largo de los últimos años. Por tanto, creemos que esa visión global, ese planteamiento global es fundamental.

En segundo lugar, parte de la premisa de que la Atención Primaria no es solo la puerta de entrada al sistema, sino que, en la medida de lo posible, debe ser también la puerta de salida, y creemos que eso también es uno de los valores y de los pilares fundamentales de este planteamiento.

En tercer lugar, que plantee un modelo donde se acerque la atención a la ciudadanía, donde se tienda a un modelo más descentralizado, creo que va en consonancia con el modelo de equidad, con el modelo de cohesión territorial que estamos defendiendo no solo en el ámbito sanitario, sino también en otros ámbitos, y va en consonancia también con lo que se pretende, por ejemplo, con el mapa local. Entonces, a nuestro juicio, este también es un tema fundamental.

Y, en cuarto lugar –y luego expondré algunas dudas que nos genera este punto–, creo que es positivo que no se hable de un modelo estanco u homogéneo para toda Navarra. Creo que es evidente que, en las diferentes zonas, sobre todo hablando de las zonas rurales, hay diferentes realidades, diferentes necesidades, y que estemos hablando de un modelo flexible que se pueda adecuar a esas características y a esas necesidades también es fundamental.

Eso es lo que valoramos positivamente, también voy a comentar algunas dudas o algunos riesgos que vemos. También creemos que habrá que ver en qué consiste y cómo se va a llevar adelante la readecuación de los puntos de atención continuada, cómo va a quedar, en definitiva, el tema de las guardias localizadas, si el sistema que plantean va a fomentar que la jornada ordinaria sustituya a muchas de las guardias que se hacen ahora o si, por el contrario, los horarios que se planteen van a redundar en que se tengan que hacer más guardias. O sea, lo planteo como duda. No tenemos la concreción, al final, de cómo va a quedar el tema de horarios, sobre todo con la eliminación de las microguardias.

En segundo lugar, estando de acuerdo –como he dicho– con la flexibilidad que requiere este modelo, con la necesidad de adecuar a cada zona y dentro de cierta autonomía de gestión los recursos y los horarios, y la integración voluntaria o no de los SUR en los equipos de Atención Primaria, sí que vemos cierto riesgo –que ya existe actualmente– de crear reinos de taifas. O sea, eso, en las zonas rurales, también se da de alguna manera. Entonces, sí a la autonomía de gestión; no a que cada cual se pueda montar su propio reino de taifas donde, por ejemplo, en el reparto de guardias y en la articulación de los horarios se vayan acentuando –como está ocurriendo actualmente en algunas zonas, en algunos centros de salud– que haya colectivos o sectores o estamentos concretos que haciendo el mismo trabajo, tengan unas condiciones laborales mucho peores que otros colectivos.

Y también, en relación con eso, han dicho que la integración de los SUR en los equipos de Atención Primaria –y nos parece adecuado– se haga de una manera voluntaria. Pero eso puede conllevar riesgos de situaciones de asimetría o de organizaciones muy diferentes en el sentido que comentaba hace un momento.

Y, luego, como duda final, no sé –y eso sí es una pregunta, si tiene a bien contestar en la réplica– si se ha trabajado específicamente por zonas. Nosotros sí que teníamos una inquietud especial, sobre todo con zonas sensibles, como por ejemplo los Pirineos, que impulsaron la legislatura pasada la iniciativa legislativa municipal; si se ha trabajado como es debido por zonas, no solo con los profesionales SUR, sino también con los ayuntamientos y también con los equipos de Atención Primaria de estas.

Quiero acabar agradeciendo, desde luego, la labor que se ha hecho, la labor que se va a tener que seguir haciendo, y esperemos que vaya dando sus frutos. Y, desde luego, en ese sentido, nuestro apoyo con las aportaciones que consideremos oportunas y poner las bases para una estrategia de Atención Primaria que sea no solo de presente, sino de futuro. Mila esker.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Muchas gracias, señora Ruiz. Tiene la palabra el representante de Podemos, el señor Couso.

SR. COUSO CHAMARRO: Buenos días a todas y a todos. Yo voy a tratar de explicar de una forma muy sencilla lo que nosotros hemos entendido que es el análisis de situación que puede tener este Gobierno, un análisis que, en principio, nosotros compartimos, sobre la situación que hay en Atención Primaria en este momento. Y lo que hay es que hemos heredado un modelo que tiene prácticamente ochenta años, que viene a ser el mismo de cuando las monjas eran las enfermeras y, prácticamente, se viene funcionando como en aquellos tiempos. Un modelo que urge actualizar y mejorar, optimizar y hacer mucho más eficiente. Y yo recuerdo alguna reunión en la que se comentó que nuestro modelo tiene en los centros de salud una enfermera, por ejemplo, por cada dos médicos; están compartiendo una enfermera, porque la enfermera es una profesional que tiene muy pocas funciones asignadas en este momento. En fin, pone vendas, pone pinchazos y hace poquito más.

En el modelo inglés, por ejemplo, ocurre justo al contrario, que es que un médico puede tener asignado dos, tres y cuatro enfermeras. ¿Por qué? Porque a la enfermera le asignan –y está formada y está preparada para ello– bastantes más funciones que las que se hacen aquí. Quiero decir que en un centro de Atención Primaria en Inglaterra, al momento te pueden hacer una ecografía, una radio... Pero tiene que haber personal suficiente.

Y de esa manera, Atención Primaria puede ser la puerta de entrada, pero también, como ha dicho la señora Ruiz, la de salida. Se trataría de hacer ese cambio y de potenciar la posibilidad de que las pruebas diagnósticas más sencillas se pudieran hacer en el centro de Atención Primaria de una manera más inmediata, de tal forma que tuviéramos diagnósticos más rápidos y las derivaciones ya fueran con unas primeras pruebas ya hechas, de tal manera que no cargaríamos las listas de espera como se han venido cargando hasta ahora, porque ya llegarían al especialista con una buena parte del trabajo hecho. No puede ser que ahora vayas a un especialista para que te hagan la primera ecografía ya allí, en el especialista, y luego a esperar a otra consulta, y luego otra consulta. Si ya sales de Atención Primaria con las pruebas diagnósticas más sencillas hechas, funcionará todo mejor.

Entonces, claro, lo que ocurre es que hay que hablar, seguramente, con Educación y con las escuelas de enfermería para que vayan preparando a las enfermeras para que estén capacitadas para hacer eso. Todos hemos visto algún reportaje de las enfermeras de aquí, que se van a Inglaterra y que se quejan de que tienen unos salarios bajos, que eso es una cosa, pero que, además, les hacen trabajar en otras funciones que, según ellas, no son de enfermería y no sé qué. Pero es, simplemente, porque han sido formadas para un modelo y están trabajando luego en otro.

Entonces, a nosotros nos da la sensación de que la formación para la capacitación y para que se asuma que la enfermería tiene que hacer más funciones de las que pudiera haber venido haciendo hasta ahora en Atención Primaria es importante, pero luego, además, hay que dotar a los centros de salud de los recursos y de los medios técnicos para que se puedan hacer esas pruebas. Es decir, tendrá que haber ecógrafos en todos los centros, tendrá que haber radio en todos los centros, tendrá que haber todo eso en todos los centros, y eso requiere una inversión importante.

Para nosotros, este es el principal problema, el ver cómo cargamos o como competenciamos a cada profesional de Atención Primaria para optimizar y que sea lo más eficiente posible y que

de Atención Primaria se deriven a especialidades los menos casos posibles y, cuando se deriven, ya lleven las primeras pruebas diagnósticas avanzadas y hechas.

Y esto yo creo que es una parte de la estrategia que tiene este Gobierno para la Atención Primaria, ir revirtiendo ese modelo para hacerlo más eficaz y optimizarlo. Cuando ya tengamos las herramientas adecuadas y en la funcionalidad que queremos que tengan, entonces habría que hablar ya de la expansión de los servicios y de las zonas, y de otras cuestiones que tienen que ver también con el reconocimiento laboral, profesional y con los ajustes de plantillas, etcétera. Pero primero hay que saber qué va a hacer cada profesional y qué funciones va a tener cada profesional dentro del modelo o del sistema de Atención Primaria. Si no sabemos eso o si no tenemos claro que eso hay que cambiarlo para que mejore la operatividad del sistema, lo demás se nos caerá a pedazos por la práctica. Entonces, nosotros eso es lo que creemos que, en alguna medida, este Gobierno tiene planteado que quiere hacer y, en ese sentido, lo vamos a compartir. Ahora, costoso, mucho, porque hay que cambiar un modelo que está insertado en nuestra cultura de forma de funcionar desde hace muchísimos años, y tenemos que fijarnos en cómo lo están haciendo por ahí, en Europa, los sistemas que funcionan mejor y que no cargan las listas de espera como las cargamos nosotros, etcétera. Si van por este camino, nosotros esto lo vamos a compartir. Nada más, gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Muchas gracias, señor Couso. Tiene ahora la palabra la representante del Partido Socialista, señora Medina.

SRA. MEDINA SANTOS: Gracias, Presidenta. Buenos días a todos y a todas. Agradecemos al Consejero la información que nos ha trasladado y la documentación, y también damos la bienvenida –aunque en este momento no se encuentra– a su nuevo Jefe de Gabinete y le deseamos lo mejor en esta nueva etapa. Nosotros, desde el Partido Socialista, la verdad es que podríamos suscribir prácticamente todo lo que ha dicho, también lo que viene recogido en el plan. Nosotros sí que compartimos que hay nuevos retos en la sociedad, que hay, por lo tanto, nuevos objetivos y que, desde este punto de vista, tenemos que reformar la Atención Primaria para fortalecerla y, desde luego, hacerla mucho más resolutive. Al final, la Atención Primaria es la puerta de entrada a todo el sistema sanitario, entonces, cuanto más fuerte y más resolutive sea la Atención Primaria, las estructuras posteriores, al final, tendrán que ser el último recurso de las personas. Por lo tanto, nosotros compartimos la necesidad de potenciarla. Pero es verdad que también nos habría gustado que hubiese sido mucho antes. Llevamos tres años de legislatura y, más allá de planes, no hemos visto nada. Nosotros, desde nuestro punto de vista, creemos que se ha demorado demasiado. Es verdad que también compartimos el procedimiento, pero, insisto, se podría haber hecho el mismo procedimiento participado –que es verdad que lleva más tiempo–, pero podría haberse empezado a hacer mucho antes y, por lo tanto, estaríamos hablando a día de hoy de que se podrían haber puesto en marcha ya medidas. Y, de momento, solo hemos visto planes, pero nada más allá de eso.

Como digo, nosotros entendemos que la Atención Primaria debe proporcionar una respuesta rápida y eficaz y que la gente, de esta manera, confiaría en ella. Ahora, en algunas comparecencias en las que hemos hablado de las urgencias hemos dicho cómo la gente, al no confiar en la Atención Primaria o al no ver resuelta su necesidad en Atención Primaria, acude a

urgencias hospitalarias, muchas veces sobreutilizando los recursos, «malgastando», por decirlo de alguna manera, esos recursos.

Usted hacía una referencia al final de su comparecencia pidiéndonos a los grupos que participásemos en la estrategia y que hiciéramos aportaciones. Desde el Grupo Socialista recogemos esa invitación, pero, eso sí, nosotros lo que le vamos a pedir –si no, por mucho que compartamos el plan, ya le adelanto que no estaremos de acuerdo– es un compromiso presupuestario, porque un plan sin compromiso presupuestario no va a ningún lado. Y ese compromiso presupuestario, me va a permitir que le diga que, hasta ahora, en estos tres años de presupuestos que llevamos, no lo hemos visto. Entonces, nosotros sí que entendemos que debe acompañarse de un compromiso serio y, como digo, que ayude a poner en marcha todo esto. Nosotros, como digo, compartimos las conclusiones, compartimos los objetivos estratégicos y, desde luego, esa visión global e integral que debe tener la Atención Primaria.

También me ha gustado oírle hablar de ese cambio de modelo, de un modelo más medicalizado a un modelo más biopsicosocial. Eso sí, también le digo, con relación a esto, que echamos en falta más referencias a cuando usted hablaba de... Lo pone entre interrogantes en una de las diapositivas que nos ha pasado, la incorporación, cuando hablaba de los servicios de Atención Primaria y salud comunitaria, de la psicología en esos servicios. Nosotros creemos que es fundamental, que sería una figura que, además, se ha aprobado ya en este Parlamento también que se incorpore, y, además, en las comunidades en las que se ha incorporado, está teniendo –también aquí, en el proyecto piloto que se hacía con el colegio de psicólogos, si no me equivoco– unos resultados muy positivos. Por lo tanto, entendemos que, más allá del interrogante, a nosotros nos habría gustado verlo ya afianzado como una figura fundamental en la Atención Primaria.

También aquí se ha aprobado dotar a los profesionales de enfermería de mayores competencias. Por ejemplo, con el tema de la cirugía menor, que es una práctica que se lleva haciendo en muchos de los centros de salud, pero nosotros defendimos hace pocas semanas una moción para que se hicieran unos protocolos para que, más allá de la voluntariedad o de que en cada centro se haga de una manera, que todos los centros lo hagan de la misma manera y sea algo regularizado y protocolizado. Nosotros sí que entendemos que los profesionales de la enfermería podrían estar mucho más... Iba a decir «explotados», pero no sé si es la palabra adecuada (MURMULLOS). Exacto. Competenciados, me apuntan aquí. Pero muchas veces son infrautilizados y, en este sentido, creemos que es necesario dotarles de mayores competencias. La instrumentalización de los centros de salud, dotarles de más aparatos, pero que venga acompañado de formación, que hemos visto cómo a algunos centros se les ha dotado de aparatos, pero no iban acompañados de la formación, por lo tanto, había unas dificultades.

Nos sigue preocupando también el tema de la pediatría. Nos alegra ver en el nuevo documento que nos ha dado que se desecha la idea de la comarcalización de la pediatría. Nosotros apostamos por que cada niño tenga su pediatra de referencia en la zona básica. Y, en todo caso, en aquellas zonas de difícil cobertura, sí que podríamos aceptar, en momentos puntuales, el tema de la comarcalización. Ahora, bien, como se ha dicho también, hay una ponencia en este Parlamento con el tema de los Pirineos, que entendemos que tanto para

tema de pediatría como para médicos de familia son zonas de difícil cobertura. Ahí se están ya planteando medidas, nos gustaría que se pudieran tomar en cuenta las medidas o las ideas que se están estudiando y que se están planteando en esa ponencia.

Con el tema de las OPE, según la Cámara de Comptos, en el último informe, la temporalidad en Atención Primaria es de un 44 por ciento. Eso hay que solucionarlo y la manera de solucionarlo, evidentemente, es con unas OPE adecuadas. Y también creemos necesario y, además, es uno de los elementos básicos, que en la Atención Primaria, cuando haya bajas o ausencias de los profesionales que en ese momento tengan plazas fijas, se cubran al cien por cien. Actualmente, no se cubren al cien por cien, lo que da lugar a lo que digo, a que, al final, la gente no tenga esa respuesta inmediata, esa respuesta necesaria en ese momento y, al final, acabe acudiendo a otros recursos y saltándose la primera puerta o la que debería ser la primera puerta.

Lo que me gustaría preguntarle –que no ha dicho nada, ha hecho referencia a la nueva ley de salud– es si se va a modificar o tienen previsto modificar el decreto foral de 1986, el que regula las estructuras de Atención Primaria, y también en qué periodo o cuándo se ha planteado la modificación de este decreto.

Y, para acabar, me gustaría pararme un momento en todo el tema de la coordinación sociosanitaria en Atención Primaria. Para nosotros es fundamental, pero también es verdad que a día de hoy es muy mejorable el tema de la atención sociosanitaria en Atención Primaria. Es verdad, y sobre todo en las zonas rurales, que hay un incremento importante de envejecimiento y sobre todo de las enfermedades crónicas, y a nosotros nos parece importante que se tenga en cuenta esto a la hora de establecer los cupos. Lo mismo que se tiene en cuenta la edad por debajo, que se tenga en cuenta la edad por encima. Y también nos parece fundamental que el plan de crónicos y pluripatológicos se trabaje mucho más en Atención Primaria. Nos parece que se puede trabajar mucho más en Atención Primaria y es necesario. Y también que haya una coordinación –que a día de hoy no la hay– en aquellos municipios... Porque, a día de hoy, por lo que nosotros sabemos, depende de la voluntariedad del médico de Atención Primaria y de la enfermera o del enfermero de Atención Primaria. Lo que nos parece fundamental es que haya muy buena coordinación con las residencias de personas mayores y, sobre todo, con las personas dependientes. Lo que nos dicen desde las residencias es que, a día de hoy, en los usuarios y las usuarias que tienen han visto incrementado muchísimo el número de dependientes, que cuando empezaron no era ese volumen el que tenían, y por lo tanto necesitan –acabo ya– una coordinación mucho mayor con los centros de Atención Primaria, que esté mucho más protocolizado y no dependa tanto de la voluntariedad de los profesionales de la Atención Primaria.

Y nos preocupa también, otra de las cosas que nos preocupa –sí, acabo, un segundo– es que este plan o esta estrategia de Atención Primaria en salud no vaya acompañada y no vaya en consonancia con el Departamento de Derechos Sociales. Vemos que en Salud se avanza y, por parte de Derechos Sociales, no se avanza. Y otra de las cosas que nos preocupa es que se espere a hacer todos estos avances al mapa local, porque, por lo que se ha dicho, sí que entendemos que debería ir en consonancia, pero mucho nos tememos que el mapa local...

Llevamos treinta y siete años o cuarenta años esperándolo, nosotros creemos que debe avanzar independientemente del mapa local. Sin más, muchísimas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Gracias, señora Medina. Tiene la palabra el representante del Partido Popular, señor García.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Muchas gracias, Presidenta. Buenos días. Agradecemos en primer lugar las explicaciones, así como las palabras del señor Domínguez, y damos la bienvenida al nuevo Jefe de Gabinete. Le deseamos muchísima suerte en el ámbito de la salud, que la requiere, en cierta medida. Empezando por contextualizar la comparecencia, efectivamente, se viene a hablar hoy de un plan, de una estrategia de Atención Primaria. Estamos a 15 de mayo de 2018, he mirado para confirmar que es hoy, porque, efectivamente, cuando estamos hablando en el propio cronograma, en el propio documento que nos da el Departamento de Salud, pues, efectivamente, empezamos a ver que en 2017 se empieza a trabajar en una cuestión, que no sé si había documento o no había documento, pero, efectivamente, ya indica que hay un cierto retraso en la presentación de esta estrategia. Por lo tanto, ya ahí yo creo que las cosas no comienzan con buen pie.

Siguiendo con esta cuestión de tiempos, no sé si el propio plan o la propia estrategia de Atención Primaria va a ir ligada a todo lo que es la reforma del mapa local, porque, entonces, creo que no tendremos una estrategia puesta en marcha de Atención Primaria en la vida, y más con el retraso que lleva la reforma del mapa local. Y, efectivamente, en el propio documento se habla de muchísimas cuestiones de esta cuestión con el ámbito territorial (MURMULLOS). Sí, señora Ruiz, se habla en el propio documento y lo liga, como digo, a la reforma del mapa local.

Y ahí la siguiente pregunta: ¿se va a contemplar la actual estructura que existe con respecto al reparto, a la organización de la estructura de salud o se va a contemplar también en la futura reforma del mapa local? Yo creo que es una cuestión que preocupa y bastante, como digo, a muchos. Por lo tanto, yo creo que es una cuestión que importa a varios.

Se habla también de servicios comarcales o subcomarcales. La verdad es que, quizás, la definición deja mucho que desear y también es lo que liga, en cierta medida, como digo, a esa reforma del mapa local que se plantea.

Y también, algo que entiendo fundamental es el hecho –al cual usted ha hecho referencia– del déficit de profesionales médicos. Yo, más que en el déficit, haría hincapié en la fuga de profesionales médicos en nuestra Comunidad, que es el principal problema que tiene a día de hoy la atención sanitaria de nuestra Comunidad. Y es responsabilidad no del Gobierno del Partido Popular, que no gobierna –lo hará, efectivamente– en la Comunidad Foral de Navarra, pero, a día de hoy, por lo tanto, no tenemos esa responsabilidad. Sí que se van de este Gobierno, pero no se van por culpa del Partido Popular. Y, cuando quiera, hablamos de datos en esta cuestión, porque me he entretenido en buscar y en solicitar la información de la cantidad de médicos de nuestra Comunidad que piden irse a otras comunidades, dígame Aragón, mayoritariamente, u otras comunidades como Madrid, y esos son los datos, básicamente, que son públicos. Por lo tanto, hay una fuga impresionante de médicos en nuestra Comunidad. Y ese es el principal problema, mucha estrategia de Atención Primaria,

pero la estrategia que se tiene que seguir, señor Domínguez, básicamente, es buscar cómo retener a los médicos para que no se vayan.

Y habla también, dentro de esta estrategia, de otro de los problemas que tiene la casa de los líos del Departamento de Salud, que es la atención integral a la infancia, la falta de pediatras. Y también es otro problema del que no tiene la culpa, señor Domínguez, el Partido Popular, sino usted. Usted, principalmente, porque pediatras, efectivamente, hay, ojalá hubiese más. En Navarra sí que no hay. Y también hemos visto el porcentaje de los pediatras que hay por niños en nuestra Comunidad. Y, bueno, está un poco alejado de la media a nivel nacional. Por lo tanto, problema básico que tiene no solo la Atención Primaria, sino la salud en general en nuestra Comunidad, es esa fuga de profesionales. Sin ellos, evidentemente, por mucho papel, por mucho documento, poco vamos a poner en marcha.

Y, luego, ¿qué es lo que hace falta también por parte de este Gobierno? Que en el cronograma que usted plantea... Parece que a alguna le escuecen ciertas aclaraciones. Señora Ruiz, no sé, reconocer las verdades... En cierta medida, lo que tiene que hacer usted es eso.

A lo que vamos, que es lo interesante, y parece ser que a algunos les escuece. Vamos allá. Con respecto a la OPE, me hace gracia, habla usted de una OPE a comprometerse en el 2020, 2021 y 2022. La verdad es que es usted elegante en esta cuestión. ¿Por qué no lo hace o por qué no lo han hecho cuando han tenido ustedes la posibilidad? Han hecho dos oposiciones, no tan valientes como otras de otras comunidades, por cierto, gobernadas por el Partido Popular, en este caso. Lo que hace falta aparte de, como digo, retener a los profesionales... (MURMULLOS). Mire, señora Fernández de Garaialde, cuando usted ha intervenido no he dicho nada, y mucho menos he puesto en cuestión si sabe o deja de saber. Mire, podemos tener opiniones diferentes. Evidentemente, entiendo que usted no las comparta. Yo no comparto y no compartiré en la vida sus intervenciones, pero respete la opinión del resto. Por lo tanto, Presidenta, evite que haga cualquier tipo de comentario a este respecto (MURMULLOS). Dejaré que hable ella en su caso, si así lo desea.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Siga, señor Jiménez. García, disculpe.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Gracias, Presidenta. Efectivamente, señor García. Por lo tanto, compromiso de una oposición valiente también. Y, sobre todo, trabaje para que los profesionales médicos se queden en nuestra Comunidad y no se vayan a otras comunidades. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Gracias, señor García. Tiene la palabra la representante de Izquierda-Ezkerra, señora De Simón.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias, señora Presidenta. Muy buenos días, señor Consejero y a todas las personas de su equipo que le acompañan. Yo quiero comenzar mi intervención agradeciendo a la señora Leire Ochoa el trabajo desarrollado durante este tiempo en el que ha sido jefa de gabinete del Departamento de Salud y, además, le quiero felicitar por el trabajo realizado y, al mismo tiempo, como no puede ser de otra manera, felicitar al señor Xabier González por su nuevo nombramiento y desearle también un buen trabajo en este sentido.

Nosotros, en principio, estamos totalmente de acuerdo con el documento que presenta hoy el Consejero de Salud y con la filosofía que subyace, porque lo que define ese documento es una estrategia de cómo desarrollar, cómo avanzar en un nuevo modelo de Atención Primaria y comunitaria de salud, algo que, desde Izquierda-Ezkerra, venimos reivindicando desde hace muchísimo tiempo y, en particular, en la legislatura pasada, en la que hubo varios intentos de reformar la atención continuada y urgente; intentos fallidos y, desde luego, con un contenido que nosotros y nosotras de Izquierda-Ezkerra rechazamos. Por lo tanto, ya en principio, nos parece un avance más que fundamental, absolutamente necesario, imprescindible para nosotros ese nuevo modelo de Atención Primaria que contempla también, como decía, la atención comunitaria y contempla otro tipo de cuestiones, como es la atención urgente o las emergencias en función de las áreas de salud de que se trate. Por lo tanto, en principio, como decía, estamos a favor, les felicitamos por el trabajo y, evidentemente, aportaremos las aportaciones oportunas como hemos hecho siempre, aquellas cuestiones que creamos que pueden mejorar.

Nos parece algo fundamental también y que ha sido y va a ser muy importante en este cambio de modelo la participación de profesionales, porque si algo quedó claro la legislatura pasada es que cualquier cambio, en cualquier departamento, pero en particular en Salud, cualquier modificación de la forma de hacer diaria, de la forma de actuar, de la forma de participar diaria de los profesionales y las profesionales en salud tendría que contar con la participación de esos profesionales y de esas profesionales y, en este sentido, están ustedes realizando un proceso... Yo no voy a decir «impecable», pero, desde luego, muy oportuno.

También compartimos todo lo que tiene que ver con la equidad territorial, porque coincide con nuestra propuesta de Izquierda-Ezkerra en relación con el modelo sanitario, ese caminar hacia un modelo integral de salud donde los recursos y los servicios sanitarios sean accesibles a toda la población independientemente del lugar en el que resida en Navarra y que, además, contemple a los profesionales y esa corresponsabilidad de cada uno de los profesionales y cada una de las profesionales en el desarrollo del modelo y el desarrollo de la estrategia.

En este sentido, la autonomía de los diferentes equipos sanitarios también nos parece un elemento fundamental y necesario. Aquí yo creo que va a tener mucha importancia todo lo que tiene que ver con las OPE, con la dotación de los recursos humanos, con las diferentes competencias que han de asumir y se han de adjudicar a cada profesional sanitario, a cada profesional sanitaria, la formación y la investigación. Y eso es fundamental. Hacen referencia a la investigación, algo que a nosotros y a nosotras nos ha satisfecho mucho, porque la investigación en Atención Primaria nos parece fundamental. Siempre se suele tender a la investigación en los hospitales o en la atención especializada cuando, en realidad, la Atención Primaria, como decíamos, es la puerta de acceso al sistema sanitario y es fundamental mejorar en este sentido.

En cuanto a la equidad territorial, ese modelo de atención sociosanitaria, incluir las condiciones sociales de la ciudadanía nos parece fundamental y, desde luego, compartimos todo lo que tiene que ver con la prevención, curación, cuidado y rehabilitación y, además, como decía antes, incluir todo lo que tiene que ver con la urgencia vital o la atención de las urgencias en determinadas zonas.

En este sentido, es totalmente coherente que se hagan concreciones en las distintas zonas de salud, de forma que se pueda adaptar el modelo a las diferentes realidades, con la referencia que hacen ustedes a los servicios comarcales y subcomarcales, y en particular al distrito sanitario, porque lo que hace eso es garantizar determinados servicios sanitarios a cada uno de los ciudadanos y a cada una de las ciudadanas.

Quería hacer referencia también a esa coordinación –que es absolutamente necesaria, porque, si no, se quedaría cojo el modelo– con la atención especializada y hospitalizada.

Y respecto a los presupuestos, hay una estimación presupuestaria clara. Estamos hablando de 81 millones en seis años, y está en nuestra mano, en la mano de los grupos que firmamos el acuerdo programático y apoyamos el Gobierno garantizar los presupuestos en el 2019; 2017 y 2018 ya están, está en nuestra mano 2019, y estará en nuestra mano, espero, garantizar estos presupuestos en el 2020, 2021 y 2022. En todo caso, a mí me parece que falta algo en esta estimación económica y presupuestaria de todos los proyectos que usted, señor Consejero, presenta, y es que, desde nuestro punto de vista, esta inversión va a suponer también el detrimento de otras partidas presupuestarias, porque, desde nuestro punto de vista, esto va a suponer mayor eficiencia y mayor eficacia en lo que es el uso de los recursos sanitarios por parte de la ciudadanía. Y no tengo más que decir que desearles muchísima suerte, y que cuentan con nuestro apoyo y, desde luego, contarán también con nuestra crítica cuando toque y contarán también con nuestras aportaciones en todo este proceso. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Gracias, señora De Simón. Les comunico que el Consejero ha solicitado diez minutos de receso. Si les parece, nos incorporaremos de nuevo a las once y cinco. Suspendemos la sesión.

(Se suspende la sesión a las 10 horas y 56 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 11 horas y 7 minutos).

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Reanudamos la comparecencia. Tiene la palabra el señor Consejero.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Antes de nada, quiero agradecer a los portavoces de los distintos grupos parlamentarios sus aportaciones. Quiero decir también que compartimos con ellos la demora en la presentación de esta estrategia. Es cierto que es un proceso largo, el proceso participativo. No hay más que mirar esta diapositiva para ver todo el proceso que hemos llevado y, por lo tanto, es un proceso que lleva tiempo. No estoy de acuerdo con el señor Sayas en que podría estar hecha en seis meses. Eso, bajo ningún concepto.

Luego, también quiero comenzar diciendo que, realmente, hay algunos malentendidos que merece la pena aclarar. En todo momento se ha estado hablando del documento colgado en el portal abierto, que es un documento que es un borrador colgado en 2017 y, con lo cual, no es el documento que hemos presentado aquí, ha habido cosas que se han modificado.

También quiero aclarar que también se ha dicho aquí que esto no es una estrategia. Hombre, yo creo que sí que es una estrategia. Una estrategia lo que tiene que hacer es definir qué

queremos. Una estrategia tiene que responder a la pregunta ¿qué queremos?, ¿hacia dónde queremos que vaya la Atención Primaria en este caso? Y al qué, el cómo, el cuándo y con qué medios debe responder un plan, que es otra cosa distinta. Yo creo que una estrategia es algo en lo que tenemos que tener claro si estamos de acuerdo –que es lo importante, en este caso– en hacia dónde queremos que vaya la Atención Primaria en Navarra. Y eso es lo fundamental, y ahí es donde tendremos que encontrar puntos de acuerdo y de consenso.

También se ha dicho que no tiene presupuesto. Hombre, la estrategia tiene que tener un marco económico, una estimación presupuestaria, y esta la tiene. Y también es verdad que en 2018 ya se han visto algunos compromisos presupuestarios en esta línea. Se ha mejorado la capacidad resolutoria de Atención Primaria, se han puesto ecógrafos; es decir, que ya se está trabajando en esa línea.

Otro tema que también quiero aclarar para tranquilidad de la población, es que la comarcalización no significa una centralización de servicios, es decir, no va a haber una pérdida de servicios en las zonas rurales para comarcalizarlos, para centralizarlos en esos puntos, sino que, en algunos casos, por ejemplo, pueden ser recursos hospitalarios que se acerquen a la ciudadanía. No se van a quitar recursos en las zonas rurales, y eso quiero que quede claro.

Otro tema que quiero aclarar porque es un tema recurrente es el tema de que da la sensación de que, en Navarra, los profesionales salen corriendo. Pero, vamos, no lo acabo de entender. La verdad es que es una realidad que no veo. Se me echa la culpa, por ejemplo, de que falten pediatras. Hombre, señor García, yo no sé si eso... Espero que no sea mala fe, pero, bueno, sería ignorancia en ese caso, porque usted sabe perfectamente que en el Ministerio se está trabajando en una comisión de recursos humanos precisamente para intentar solucionar el problema de falta de profesionales que hay en todo el Estado. O sea, que no es un problema exclusivo de Navarra.

Otro tema que nos ha comentado, lo de la OPE, que no hemos sido suficientemente valientes sacando las plazas. Sabe también perfectamente que hemos sacado todas las plazas que nos ha permitido la tasa de reposición impuesta por el Ministerio. Todas. Porque para la OPE de estabilización, además, se establecían unos criterios que tenían que cumplir las plazas que deberían ser convocadas. Y eso es lo que se ha hecho, se ha sacado el máximo de plazas posible que nos han permitido.

Y yo creo que voy a dar paso a Luis Gabilondo para que entre ya en algunos temas técnicos y también en algunas dudas que se han planteado, que las va a responder.

SR. DIRECTOR DE SALUD (Sr. Gabilondo Pujol): En primer lugar, quiero insistir en lo comentado por el Consejero, que en una estrategia lo verdaderamente importante es si hay consenso sobre los objetivos y líneas estratégicas, si hay consenso sobre el desarrollo del modelo que se propone, del modelo territorial, comunitario también, si hay consenso en apostar de manera decidida por la Atención Primaria con compromisos presupuestarios, que es lo que daría solidez y estabilidad al futuro en este tema, y también si estamos por la labor de darle consolidación normativa de alguna forma a los roles, atribuciones, competencias, etcétera.

Se ha preguntado si tenemos algún objetivo concreto en materia de qué tiempo debería tener un profesional médico. Está claro que, si no se hace una modificación sustancial, no solo es un tema de incremento de recursos, que también, pero, sobre todo, es también un tema de modelo, de profesionales, distribuciones, competencias y atribuciones de los distintos perfiles profesionales. Está claro, como han señalado algunos de los intervinientes, que hay otros modelos que descargan mucho más al profesional de la atención de pacientes leves o que requieren cuidados o que requieren –y esto es lo más importante– modelos de atención menos centrados en el diagnóstico clínico y en la medicación. Es decir, modelos de atención más orientados al autocuidado, al cuidado, a la formación, etcétera, que hay muchos de los procesos que se atienden en Atención Primaria –yo soy médico de familia y lo sé bien– que requerirían un modelo de atención menos medicalizado.

Aplicando todas estas medidas juntas, incluida la adecuación de plantillas –que también, que figura en el plan–, deberíamos estar en condiciones en un tiempo de incrementar sustancialmente el tiempo médico. Cuando digo «sustancialmente», deberíamos aspirar, al menos en un plazo razonable –y si las propuestas de los grupos quieren concretar algo en este tema nos vendrá bien, porque dependiendo del grado de ambición, lógicamente, eso tiene que ser coherente después con los recursos, etcétera–, a los quince minutos. Eso, lógicamente, no se consigue de un día a otro, pero se puede conseguir actuando en coherencia, posteriormente, con las distintas acciones que se hagan en este sentido. Y tiene mucho que ver con la atribución de competencias. El profesional médico puede ser más resolutivo, pero para serlo tiene que tener también disponibilidad de tiempo y medios. Se han hecho –y el plan lo propone– medidas importantes para dotar a los centros de nuevas capacidades, medios, técnicas y conocimientos.

Se pregunta el tema de las competencias y atribuciones de enfermería. A este respecto quiero señalar, primero, que la enfermería es un grado universitario en este momento, de cuatro años –es igual que derecho y económicas, por ejemplo. Lo digo porque a veces se olvida esto– y, sin embargo, en muchos sitios, todavía hacen una función un poco auxiliar. Entonces, en la estrategia sí que se concretan atribuciones y responsabilidades específicas a las que habría que darles un sustento normativo. Porque lo que ocurre es que las competencias formativas figuran en los planes formativos de la formación de enfermera, y ahí aparecen una serie de competencias. Sin embargo, en el ámbito de atención, en el ámbito normativo, en el puesto de trabajo, las competencias formativas no se corresponden con las atribuciones y tareas que se asignan a los profesionales que, en todos estos años, a pesar de que habían pasado de ser desde dama de la Cruz Roja, practicante, ATS, diplomada y en este momento es un grado, las atribuciones y competencias de la enfermería han permanecido invariables a lo largo de todo este tiempo. Creemos que es necesario que haya coherencia entre las competencias y atribuciones y las competencias formativas. Y ese es un camino que, además, es bastante crítico para el sistema sanitario.

Con respecto al tema de la posibilidad de que en las comarcas figure la presencia de psicólogos y de accesos a psicología, primero, ya estamos dando acceso directo a consultas de psicología, que antes no había, siempre pasaban por el psiquiatra. Ahora ya se ha dado. El debate que puede haber es si esos psicólogos tienen que tener independencia de los centros de salud mental, es decir, si tienen que depender de Atención Primaria en el ámbito comarcal o siguen

dependiendo. No es tanto si debe o no debe haber el servicio. Es evidente que este es un servicio que hay que ir potenciando.

Segundo, acogemos como propuesta incorporar al documento la referencia –que no consta en el documento que se está trabajando, el documento definitivo– a la atención a las residencias. Lo acogemos como una propuesta relevante. Hay que decir a este respecto que estamos trabajando ya directamente con Derechos Sociales y Salud con la asociación Lares y tenemos ya un compromiso formal de formalizar de alguna manera lo que ha planteado el Grupo Socialista, de normativizar, regular o protocolizar –quizás sea la palabra más correcta– la atención programada a las residencias, porque, como muchas de las cosas, ahora depende demasiado del profesional. De alguna manera, muchos de los modelos que se proponen en la estrategia ya se vienen aplicando, pero de una manera demasiado diversificada. Hay profesionales de enfermería que hacen más tareas que otros, y lo que tratan, precisamente, el desarrollo normativo y la propuesta es de normativizar esto.

Después, también, con respecto al tema que se ha hablado de las guardias, se ha desechado por completo pasar a guardias localizadas. Es decir, eso está desechado. Era una propuesta posible, pero figura expresamente que se desecha la posibilidad de convertir algunas guardias actuales de presencia física a presencia localizada. De alguna manera, el proceso de participación nos ha ayudado a ver algunas de estas medidas.

Y, en definitiva, queremos insistir en que, de alguna manera, puede haber un cierto malentendido entre que el documento presentado, colgado, es un documento propuesta, y el documento final, después de la jornada de retorno, que es una jornada que se hace para explicarles a todos los que han participado qué decisiones se van a tomar. Pero ahora, con todo eso, estamos construyendo el documento definitivo, que lo tendremos en unas pocas semanas, y que es el que someteremos a su consideración. Simplemente.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias, Luis. Simplemente, para terminar, quiero insistir en que en los próximos días les haremos llegar el documento definitivo y que agradeceremos todas las propuestas que consideren oportunas para que, entre todos, podamos escribir ese relato de lo que queremos que sea la Atención Primaria navarra en el futuro. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Doménech Linde): Muchas gracias. Sin más temas en el orden del día, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 11 horas y 21 minutos).