DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

IX Legislatura | Pamplona, 27 de marzo de 2019 | NÚM. 83

TRANSCRIPCIÓN LITERAL

COMISIÓN DE SALUD

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

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 27 DE MARZO DE 2019

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para realizar una evaluación de la consecución de los objetivos del Departamento planteados al inicio de legislatura.

— Comparecencia, a petición propia, del Consejero de Salud para presentar el “Plan Director del Amianto”.

— Comparecencia, a petición propia, del Consejero de Salud para presentar el “Plan de Ordenación por distritos de Salud”.

(Comienza la sesión a las 15 horas y 24 minutos).

Comparecencia, a petición propia, del Consejero de Salud para presentar el "Plan Director del Amianto".

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Arratsalde on guztioi. Buenas tardes a todas y a todos. Damos comienzo a esta Comisión de Salud con tres puntos en el orden del día. Tengo que comentar que por temas de organización se ha sugerido pasar el segundo punto como primer punto, si nadie tiene ningún problema. Entonces empezamos con el punto dos, que será el primero. Y, antes, vamos a saludar a Iñaki Moreno, Jefe del Servicio de Salud Laboral; a María José Pérez Jarauta, Gerente; al Consejero, Fernando Domínguez; y a Xabier González, Jefe de Gabinete. Entonces, empezamos con la comparecencia, a petición propia, del Consejero de Salud para presentar el Plan Director del Amianto. Tiene la palabra el señor Consejero.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias, señora Presidenta. Arratsalde on. Buenas tardes a todos y a todas. Comparezco hoy ante esta Comisión de Salud a petición propia para presentarles el plan director del proceso a desarrollar para la eliminación del amianto en Navarra. Se trata del primer plan de estas características que se ha elaborado en España. Para ello, me acompaña Iñaki Moreno, jefe del Servicio de Salud Laboral del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, a quien le ha correspondido la coordinación de la elaboración del mismo y realizará parte de esta presentación. Antes de comenzar, quisiera mostrar mi solidaridad con todas aquellas personas y sus familias cuya salud se ha visto negativamente afectada por una exposición evitable a las fibras del amianto, llegando incluso a perder su vida.

Les presentaré brevemente la naturaleza y contenidos de este plan director, expondré algunos datos sobre el mineral y sus efectos sobre la salud, y terminaré haciendo algunas consideraciones sobre los beneficios que una gestión adecuada y segura de los materiales que contienen amianto aportaría al conjunto de la sociedad navarra. Posteriormente, Iñaki Moreno presentará la información disponible sobre la exposición laboral al mineral, la dimensión de la presencia del amianto en nuestro territorio, las diversas alternativas que el equipo de redacción del plan ha valorado para su eliminación y, finalmente, los criterios, necesidades y propuestas a incluir en un futuro plan de acción para la eliminación del amianto.

En primer lugar, ¿por qué este plan? El Parlamento de Navarra, a propuesta del grupo Podemos-Ahal Dugu, aprobó por unanimidad en septiembre de 2017 instar al Gobierno de Navarra a la presentación de un plan director del proceso a desarrollar para la eliminación del amianto en Navarra en el que se incluyeran un censo y mapa de localización del mineral y todos los elementos de programación necesarios para su eliminación.

La moción basaba la necesidad de abordar la eliminación del amianto, entre otros argumentos, en la resolución del Parlamento Europeo 2012/2065, de 14 de marzo de 2013, sobre los riesgos para la salud en el lugar de trabajo relacionados con el amianto y perspectivas de eliminación de todo el amianto existente en la Unión Europea, y en el dictamen del Comité Económico y Social Europeo del año 2014 que establece entre sus conclusiones el objetivo de erradicar todo el amianto en la Unión Europea para finales de 2032.

Antes de seguir, quiero destacar las diferencias entre un plan director y un plan de acción. Mientras que un plan director aporta la información y los criterios para que el órgano oportuno tome la decisión de abordar un problema de manera programada y eficiente, un plan de acción aborda la intervención sobre el problema.

El Gobierno de Navarra aprobó la elaboración del plan director y, mediante una orden foral de 18 de abril de 2018, se publicó la composición de un grupo de trabajo de carácter interinstitucional e interdepartamental incluyendo representaciones de los departamentos competentes en materia de salud, vivienda, patrimonio, trabajo, medioambiente, gestión de residuos y derechos sociales, junto a la Federación de Municipios y Concejos. La coordinación del trabajo fue asignada al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

A lo largo de 2018 se han ido habilitando colaboraciones de la Dirección General de Industria, de las mancomunidades de abastecimiento y saneamiento, empresas públicas como Tracasa, SITNA o INTIA, y la Universidad Pública de Navarra. A todos ellos quiero agradecer su trabajo y su dedicación, y especialmente al Instituto de Salud Pública y Laboral que, como he comentado, tenía asignada la coordinación del trabajo.

El plan director elaborado que se les ha entregado contiene, además de anexos y bibliografía, cinco apartados: introducción; materiales contenedores de amianto y sus efectos sobre la salud; estudio de la situación del amianto en Navarra; análisis de alternativas para su eliminación; y criterios, necesidades y propuestas para un plan de acción de eliminación segura del amianto.

La ubicuidad de los materiales con amianto y su degradación con el paso del tiempo por el efecto de la incidencia de múltiples factores son los que explican que, a pesar de la prohibición de su uso desde el año 2002 en el Estado español, nos enfrentemos a un problema creciente de salud pública sin haber resuelto aún múltiples exposiciones laborales.

Con el término amianto o asbestos se designa a un conjunto de silicatos de magnesio fibrosos, sustancias de origen mineral y composición química variable, cuya rotura o trituración libera fibras con importantes efectos sobre la salud. Son los hechos que producen liberación de fibras los que provocan un riesgo que, por tanto, no existe si las rocas que contienen amianto en la naturaleza no se manipulan.

Las propiedades que posee este mineral –resistencia mecánica, incombustibilidad, resistencia al ataque química, etcétera– son de elevado interés constructivo e industrial, lo que explica su amplio uso desde los años cincuenta del siglo XX hasta su prohibición en el Estado español en 2002 y en Europa en el año 2005. A pesar del conocimiento científico sobre los graves efectos sobre la salud de las fibras de este producto, se continuó utilizando en otras regiones del mundo.

Dadas sus propiedades, el uso del amianto ha sido muy diverso. En España se estima que dos tercios del mismo han sido utilizados en forma de fibrocemento, la llamada uralita, en cubiertas, bajantes, depósitos, canalizaciones, etcétera. Habiéndose empleado también para telas asfálticas, aislamientos térmicos y acústicos, forros de calderas y tuberías, etcétera. Se estima que en el Estado español, en el periodo 1947-2000, se importaron 2,6 millones de

toneladas de las cuales, como se aprecia en la gráfica, lo fueron en su mayoría entre las décadas de 1960 y 1990.

En esta diapositiva se recoge un listado de daños provocados por la exposición a fibras de amianto entre los que destacan graves afecciones como cáncer de pulmón, de pleura, ovario o laringe, fibrosis de tejidos pulmonares y otras lesiones de menor entidad.

El amianto es uno de los más importantes carcinógenos laborales y causa la mitad de muertes por cáncer laboral registradas en España. Debe tenerse en cuenta que no existe un nivel seguro de exposición en la relación entre fibras de amianto en aire respirable y efecto cancerígeno, así como que el tiempo entre el contacto con el mineral y la aparición de algunos de los cánceres mencionados puede llegar a los cuarenta años. Estos datos no deben generar alarma social porque la presencia de material contenedor de amianto no implica necesariamente riesgo. Solo su inadecuada manipulación o degradación puede generarlo.

Veamos ahora algunos datos referidos a Navarra. Respecto a la exposición laboral en nuestra Comunidad, en diciembre del año 2018 había 3.192 personas en seguimiento postocupacional en el Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario de Navarra con base en el registro del Servicio de Salud Laboral del Instituto de Salud Pública y Laboral. En el año 2016, ejercicio del que se dispone de datos completos, se diagnosticaron en Navarra 181 lesiones causadas por la exposición a amianto. A pesar de que es en nuestra Comunidad en la que mayor porcentaje se ha dado, solo el 16,7 por ciento de estas lesiones fueron reconocidas como enfermedad profesional. A los daños de origen laboral hay que añadir los derivados de exposiciones no laborales. Se estima que un 20 por ciento de casos de mesotelioma pleural se deberían a exposiciones ambientales a este material, alcanzando el 39 por ciento en mujeres.

Al objeto de entender los beneficios de una retirada segura de los materiales con amianto, que mencionaré a continuación, se deben tener en cuenta algunos elementos. Todo material que se sospeche que contiene amianto debe ser considerado y gestionado como material contenedor de amianto. No hay que retirar todos los materiales que contengan amianto, ya que si están intactos supone un menor riesgo dejarlos que retirarlos sin las medidas adecuadas. Toda retirada de material contenedor de amianto debe ser realizada por personal especializado perteneciente a una empresa inscrita en el registro de empresas de retirada de amianto, RERA. Finalmente, he de recordar que la vida útil del fibrocemento está estimada entre los treinta y los cincuenta años por lo que urge intervenir sobre los materiales contenedores de amianto, ya que para el año 2020 el 65 por ciento de los materiales instalados habrá agotado la vida útil. En el año 2030 lo habrá hecho el 87 por ciento, y en el 2040 el cien por cien del fibrocemento instalado habrá agotado su vida útil. Retrasar su gestión segura está aumentando innecesariamente el riesgo a la población.

Como veremos más tarde con mayor detalle, el plan de acción de eliminación de amianto en Navarra tendría un elevado coste, en torno a los doscientos cuarenta y cinco millones de euros en doce años. Sin embargo, deben ponerse en el platillo opuesto de la balanza los beneficios de distinta naturaleza que puede suponer la eliminación segura del amianto para la sociedad navarra. En primer lugar, se evitarían daños en la salud de la población general y laboral, se ganarían años y calidad de vida, y se reduciría el elevado coste producido por la atención sanitaria de las personas enfermas. Se producirá un evidente beneficio medioambiental. La

incertidumbre social sobre el grado de exposición a este material que existe puede ser corregida al identificarse los lugares en los que se encuentra y proceder posteriormente a su eliminación. La retirada segura de los materiales contenedores de amianto revalorizará inmuebles y terrenos hoy degradados por la presencia de elementos y escombros con amianto. Tendrá también beneficios en investigación, formación y creación de nuevos empleos especializados en la gestión y retirada adecuada de estos materiales. Y, por último, la habilitación de los necesarios lugares de vertidos con garantías de seguridad en Navarra reducirá costes de transporte que hoy se producen. Paso la palabra a Iñaki Moreno. Muchas gracias.

SR. JEFE DE SERVICIO DE SALUD LABORAL, ISPLN (Sr. Moreno Suescun): Jarraituko dut nik pixka bat aurkezpenarekin. Datu batzuk botako ditut eta datu hauek nondik datozen azalduko dut.

[Continuaré yo un poco con la explicación. Daré algunos datos y explicaré también de dónde vienen esos datos.]

Explicaré ahora una serie de datos sobre este mineral y también sobre los efectos, continuando con la situación actual que ha expuesto el Consejero. En principio, ha cambiado el tipo de personas expuestas en el campo de lo laboral. Si antes la industria del metal, por ejemplo, o de fabricación de vehículos suponía el 70 por ciento de las personas expuestas, desde su prohibición ha disminuido y hoy en día el 30 por ciento de las personas que sabemos que están expuestas pertenecen a captación, depuración o distribución de aguas, y el 35 por ciento a actividades de construcción especializada, y el 8 por ciento, como no podía ser de otra manera, a aquellas personas que deben gestionar los residuos de dicho mineral.

Por otro lado, tenemos un gran desarrollo normativo para proteger a los trabajadores y trabajadoras asalariados. Tenemos la ley de prevención, tenemos reales decretos sobre riesgo químico, sobre cancerígenos, hay uno específico, el 396, sobre qué medidas se deben tomar en trabajos con riesgo de exposición a amianto... Pero tenemos un gran colectivo que está reconocidamente desprotegido, que son los trabajadores y trabajadoras autónomos. Es decir, no hay información y tenemos que tener en cuenta que estos trabajadores hacen muchas tareas de mantenimiento, de instalaciones, de construcción, de pequeñas chapuzas... Y puede ser un volumen importante que está de alguna manera desatendido. No sabemos en qué condiciones trabajan ni los riesgos que generan allí donde trabajan para la población del entorno, para la población general.

Por otra parte, tenemos mucha normativa en materia preventiva, pero no sabemos a veces el grado de aplicación de dichas normas para determinados colectivos de trabajadores de pequeñas empresas, de instaladores, de personal de mantenimiento... Es decir, aunque pertenezcan a empresas y sean personal asalariado y deban, por obligación legal, evaluar los riesgos, identificarlos, evaluarlos e informar a los trabajadores de estas exposiciones y después registrar estas exposiciones, no lo sabemos. Como bien ha dicho el Consejero, tenemos nuevos retos, pero no hemos resuelto alguno de los anteriores.

Ahora vamos a presentar una información que es el fruto exitoso y novedoso del trabajo realizado por el equipo que lo ha llevado a cabo, y vamos a aportar datos basándonos en la información territorial de Navarra que se ha recogido por teledetección y que ha sido

analizada por un equipo especializado en investigación en tratamiento de imágenes de la Universidad Pública de Navarra sobre las cubiertas que están distribuidas por el conjunto tanto de instalaciones industriales, polígonos industriales, sector agroganadero, etcétera. Después, tenemos las conducciones soterradas, canalizaciones de regadíos... sobre las cuales hemos demandado información a las mancomunidades de abastecimiento y saneamiento. Muchas veces esta información no está digitalizada, sino que está en papel, por lo que ha habido que recogerla y tratarla. Tenemos multitud de vertidos irregulares distribuidos por la geografía navarra –después comentaremos un poco sobre ello–, y después está lo que más desconocemos, que es todo lo oculto, instalado en las edificaciones de viviendas o de edificios públicos, etcétera. Es decir, como se observa, ha habido que combinar múltiples entidades y empresas públicas fundamentalmente que han aportado la información que vamos a ver, que es, de alguna manera, novedosa.

Aquí tenemos el número de edificaciones y superficies de fibrocemento, sobre el cual tenemos pocas dudas de que sea fibrocemento después del tratamiento de las imágenes realizado por la Universidad Pública de Navarra. Esta información la hemos asignado a los municipios correspondientes y estos los hemos agrupado conforme a la nueva ley de comarcalización de las entidades locales que este Gobierno ha aprobado recientemente. ¿Por qué nos parece importante esto? Porque esto va a plantear cuál es el reto que tienen los Ayuntamientos, las Administraciones, de cara a abordar el problema de la gestión de todo esto, al margen de los particulares a los que les afecte.

Con estos datos, en Navarra tendríamos 6.400.000 metros cuadrados de superficies de cubiertas que creemos poder afirmar que son de fibrocemento –en el estado en que estén–. ¿De acuerdo? Las prisas y el cambio de horario no nos van a permitir hacer un ejercicio para ver cómo se ven desde el satélite las superficies, pero aquí tenemos un ejemplo en el cual se pueden observar las superficies de un polígono industrial del que tenemos casi plena seguridad que son superficies de fibrocemento. Esto está realizado para toda Navarra, para toda la superficie de Navarra. Y, después de la estimación de sus dimensiones, hemos estimado los metros que hay que retirar. Si entramos en la aplicación correspondiente, al hacer clic en la superficie de la cubierta, nos da información de cuántos metros son, en qué parcela están, en qué municipio, etcétera. Al expresar esto de otra manera, vemos que Pamplona evidentemente tiene la mayor superficie de este tipo de cubiertas, seguida de la comarca de Estella. Posteriormente, estaría la Ribera.

También hemos dividido esta información según sea la naturaleza de estas cubiertas de fibrocemento, según sean industriales, agroganaderas y el resto, que muchas veces no pueden ser clasificadas por sus pequeñas dimensiones de menos de siete metros cuadrados. Pero estos son aspectos más concretos que están recogidos en el plan metodológico que se les ha distribuido.

También tenemos otra forma de representación de la información. En azul vemos lo correspondiente a cubiertas de construcciones de tipo industrial, que se da, sobre todo, en Pamplona, en Bidasoa y en la Ribera, frente a otras zonas donde lo agroganadero va a tener mucha más importancia, mucho más peso.

En cuanto a las conducciones de fibrocemento de distribuciones de agua –pueden estar en activo o no utilizadas en estos momentos, fuera de servicio–, ya conocemos que hay 234 kilómetros en servicio, lo cual corresponde a 5.700 toneladas, aplicando un factor de conversión medio del grosor de estas tuberías, y 46 kilómetros fuera de servicio.

Respecto a esto hay que decir que tenemos escasa información de la zona de Sakana y de la zona de Sangüesa por diferentes problemas de preservación de esta documentación. Y nos ha llegado algo de información después de cerrar este documento. Esto es importante porque va a ser un documento vivo. Es decir, un censo o un mapa de amianto necesariamente va a tener que incorporar nuevas localizaciones, sobre todo, cuando se trabaje en las viviendas, en las edificaciones –de lo cual casi no conocemos nada–, y posteriormente de todo lo que se vaya retirando evidentemente.

En cuanto a regadíos, tenemos información sobre el 85 por ciento de las hectáreas regadas en estos momentos en Navarra y tenemos 286 kilómetros de longitud de canalizaciones realizadas con este material, con fibrocemento.

Entramos en el mundo de la estimación y de lo desconocido porque no sabemos realmente qué hay en las edificaciones, más allá de lo observado desde el aire. Hemos estimado, con base en el censo de viviendas de 1960 a 1990 –que son las 3 décadas donde se empleó masivamente este tipo de material– que tendríamos entre 420 y 900 garajes que pueden tener elementos protegidos con amianto. Hablamos de columnas metálicas o de otros elementos de determinadas técnicas constructivas. Y respecto al agua caliente sanitaria, calculamos que habrá entre 400 y 900 instalaciones en Navarra o edificios en Navarra con este tipo de elemento.

En cuanto a ascensores, no lo sabemos porque se han ido cambiando y se han ido renovando: cambian los fosos, las cabinas, los frenos, etcétera. Entonces, por ahora no lo sabemos y tampoco sabemos nada con respecto a bajantes y otros elementos. Pero estamos de enhorabuena porque ya en el informe que hay que hacer sobre el estado de los edificios el Departamento de Vivienda ha incluido ya, a raíz de la elaboración de este plan, una casilla sobre los elementos que puedan incluir amianto, que los técnicos observadores van a poder cumplimentar tras su observación.

Por último, sabemos que hay 1.360 lugares de vertidos que están recuperados, que están revegetados. En principio no suponen ningún tipo de riesgo. Pero, en cuanto a vertederos, en estos momentos el único que existía está colmatado. Hay una celda colmatada. Entonces, se tiene que plantear la habilitación –probablemente lo tendrá que plantear el próximo Ejecutivo–. Bien es verdad que sabemos que este negocio privado, que está ubicado en Viana, viendo que en los tres últimos años ha incrementado los planes de eliminación de amianto –fundamentalmente de las empresas–, y viendo la posibilidad de negocio, se ha planteado habilitar nuevas celdas disponibles para acumular este material.

En cuanto a las viviendas, decíamos que no lo sabemos. Hay que identificar dónde está el amianto. Hay criterios para planificar estos estudios de todos los edificios, por lo menos, de determinada época: cómo supervisarlos, cómo revisar la documentación, qué documentación revisar, cómo observar y cómo valorar –luego entraré un poco en esto– los elementos que

posiblemente tengan amianto... Por lo tanto, el plan director ofrece criterios y elementos que permiten o facilitan después la habilitación del plan de eliminación, de retirada o de gestión correcta de los materiales con amianto.

El equipo de redacción, después de valorar toda la información y más –que está en el documento que se les ha entregado–, planteaba que podíamos situarnos en tres escenarios. Uno, que se siguieran quitando elementos con amianto en función de necesidades diversas. Con esta práctica, teniendo en cuenta los metros retirados en los últimos años, estaríamos retirando el 3 por ciento anual de todo lo estimado. Con lo cual, tendríamos que estar treinta años esperando a que se decidiera, quien fuera, retirar por otras consideraciones los elementos que tienen amianto. La otra alternativa sería hacerlo rápidamente, pero entendíamos que esto, aparte de que concentra los costes, podría generar nuevos riesgos porque no hay recursos suficientes como para garantizar una gestión segura del amianto, del volumen identificado. Y, por último –y es la que nos parecía más adecuada– es tener una actitud o unas decisiones proactivas respecto a lo que existe, facilitar y ayudar a su retirada y garantizar que se cubran todas las necesidades que genere un plan de esta naturaleza, que luego desgranaré.

Por último, como he comentado, plantearíamos la habilitación de un plan de acción plurianual, garantizando la seguridad, la participación, habilitando herramientas de participación de los colectivos –de la población afectada, de los trabajadores y trabajadoras afectadas, de los empresarios, etcétera–, que permitiera, de alguna manera, generar la mínima alarma social posible, dando una información clara desde la transparencia sobre los retos que esto plantea y en qué condiciones se va hacer, garantizando, como decíamos, la seguridad.

Por lo tanto, este plan plurianual sería de 2020 a 2032. Esto nos permitiría, además, cubrir el mandato –si se le puede llamar de esa manera– del Parlamento Europeo, del Comité Europeo, que plantea que para el año 2028 esté eliminado el amianto de los edificios de concurrencia pública y, para 2032, que todos los Estados miembros tengan planificada la retirada del amianto, cuando no efectuada.

Hay algún elemento de la gestión del amianto que queríamos destacar. Hemos apartado criterios desde este equipo en cuanto a cómo abordar esto una vez identificados los materiales de amianto en las edificaciones, en las empresas. Es decir, no siempre hay que retirarlo sino que, en función del estado de los materiales y en función de la accesibilidad a dichos materiales y en función de que liberen o no fibras al aire respirable, al medioambiente, entonces habrá que, o bien no intervenir, o bien hacer un seguimiento y un control del estado de los materiales, o bien reparar los mismos, o bien impedir el acceso de alguna manera, o retirarlo. Entonces, ante cada situación, fundamentalmente habrá que valorar el estado y la accesibilidad de estos materiales.

Cuando haya que gestionarlo –se ha comentado ya–, deben hacerlo trabajadores de empresas registradas para gestionar estos materiales en el registro RERA, registro de empresas con riesgo de amianto. Ya existe, como he dicho, mucha normativa. Hay que presentar planes de actuación bien específicos, bien genéricos, y los mismos deben ser validados por el Instituto de Salud Pública y Laboral, por la sección técnica correspondiente del Servicio de Salud Laboral y por Inspección de Trabajo, y la autoridad laboral –que en este caso está ubicada en la

Dirección General de Política Económica, Empresarial y Trabajo– debe dar su conformidad para poder realizar los trabajos en condiciones. Además, hay que comunicar, si estas empresas son de fuera de Navarra, a la comunidad autónoma correspondiente la aprobación del plan, etcétera. Hay todo un organigrama de esto.

Por último, para la eliminación hay también dudas sobre si se está haciendo adecuadamente la recogida de los residuos, su transporte, su almacenamiento provisional, su tratamiento final, su eliminación, etcétera. Sobre esto hay bastante normativa de tipo europeo, de tipo estatal y en Navarra también hay algún plan concreto donde se plantean algunas mejoras puntuales que también están recogidas en la documentación entregada.

Todo esto nos enfrenta a múltiples necesidades que deben responderse. A nuestro entender, se debiera habilitar un grupo de trabajo interinstitucional con presencia de múltiples departamentos del Gobierno de Navarra, la Federación de Municipios y Concejos, Inspección de Trabajo, y un consejo social. Entendemos, como he comentado, que deben estar representadas las organizaciones empresariales, sindicales, ciudadanas, de familiares y de víctimas de este problema de amianto, trabajadores y trabajadoras autónomos, etcétera.

También planteamos que hay que definir, y definimos, algunos elementos de priorización, por dónde empezar ante la magnitud de este reto. Creemos que deben priorizarse aquellos establecimientos, aquellos edificios donde asisten de forma permanente infancia y adolescencia. Estamos hablando de escuelas o de centros educativos, de universidades, de colegios, etcétera. Y las empresas ya están obligadas desde hace veinte años a realizar estas tareas de prevención frente a la exposición a este mineral. Y también hay que priorizar todos los locales del ámbito privado donde haya concurrencia pública. Esta es una propuesta que deberá ser debatida y habrá que decidir unas priorizaciones.

A nivel informativo a nadie se le escapa que debemos actualizar permanentemente el censo de dónde están ubicados estos materiales con toda la información que vaya surgiendo de una estrategia, de unos programas de identificación en los locales, en las viviendas... Ese censo también debemos trasladarlo a un mapa accesible para saber cuándo se ingresa en este mapa, cuándo se elimina para saber el porcentaje de tarea que nos quede. Se debe habilitar, como se ha comentado, una coordinación interinstitucional estable y generar órganos específicos para ello. A nivel informativo se habilitarán campañas específicas y materiales específicos para todos los colectivos afectados, tanto de población general como de colectivos de trabajadores.

En formación, tres cuartas partes de lo mismo. Va a haber profesionales de la salud, de la prevención, de la construcción, de la empresa, etcétera, que van a tener que recibir cierto nivel de formación. A nivel legislativo, hemos dicho que hay que habilitar en la medida de lo posible legislación específica para los colectivos más desprotegidos, habilitando toda la información de la que se dispone para saber la dimensión del problema y programar la retirada de estos materiales.

La gestión de los residuos, como he dicho, también va a requerir ciertas mejoras en la trazabilidad de estos materiales y todo esto evidentemente requiere recursos humanos y recursos económicos. En cuanto a recursos económicos, hemos hecho una pequeña aproximación desde el Servicio de Patrimonio. Se han aplicado unos costes medios de retirada

de cubiertas y esto nos lleva a 235 millones de euros. La retirada de las canalizaciones –con una media de 120 euros el metro– alcanza los 5,5 millones de gasto de lo conocido en estos momentos. La gestión de estos residuos va a suponer de forma decreciente, pero inicialmente 1,2 millones de euros de gasto. Un nuevo vertedero supondría unos 3 millones de euros. No sabemos cuánto nos costará la gestión del amianto que desconocemos dónde está y cuánto hay.

En definitiva, habrá que hacer el estudio económico oportuno en un plan plurianual, a nuestro entender, pero no olvidemos que en otras regiones europeas, en otros países, Europa ha aportado hasta el 50 por ciento de los costes de estas iniciativas. Es decir, habría que explorar las posibilidades de recibir esas ayudas. Y, por otro lado, también habrá que pensar cómo vamos a ayudar a los particulares, fundamentalmente, para abordar este reto.

Hasta aquí hemos podido avanzar. Yo creo que el Parlamento de Navarra se debe felicitar por haber tomado esta iniciativa –al final, nos hemos convertido seguramente en la primera comunidad autónoma que hace este trabajo–, lo que nos sitúa en mejores condiciones para abordarlo con garantías de seguridad, tanto para la población general como de trabajadores. Mila esker danagatik. Zuen txanda da.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muy bien. Muchas gracias. Es el turno ahora de los grupos políticos. Por parte de UPN tiene la palabra la señora Ganuza.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, quiero agradecer al Consejero, al señor Moreno y al equipo que le acompaña las explicaciones que nos han dado. También quiero mostrar nuestra solidaridad con todos los afectados por la exposición al amianto. Y también quiero felicitarles por el gran trabajo realizado. El plan director la verdad es que me ha parecido un plan muy ambicioso, único en Navarra, y yo creo que va a ayudar a paliar las consecuencias de la exposición al amianto.

Yo creo que el amianto se ha convertido en un grave problema de salud pública. La magnitud de los datos, de carga de enfermedad y también de muerte, así nos lo indica. En Navarra hay más de tres mil afectados, tres mil cuarenta y dos afectados. Y cada vez hay una mayor aparición de víctimas debidas al período de latencia. El período de latencia de esta enfermedad es de diez a quince años en la asbestosis y de veinte a cuarenta en los cánceres. Esto nos dificulta el reconocimiento de origen de esta enfermedad, a pesar de que el amianto está diagnosticado como cancerígeno de primera categoría.

En España se prohibió en el año 2002, pero desde el real decreto de 2006 ya se iban estableciendo criterios de registro, aunque no deben ser muy fiables los registros que se iniciaron en 2006 en España. No es muy real porque el número de personas expuestas y de afectados está por debajo de lo que han explicado ahora.

En Navarra también hay un programa desde 1998. Hay un registro de trabajadores expuestos y también un programa de seguimiento, junto con el Instituto de Salud Pública y el Servicio de Neumología del complejo hospitalario, desde 2003. También existe el registro de empresas RERA, en el que hay unas sesenta. Se ha avanzado, pero poco desde que conocemos los efectos negativos del amianto en la salud. También desde 2013 hay un convenio en Navarra de

colaboración con el Instituto de la Seguridad Social para realizar actuaciones conjuntas para los trabajadores.

Yo creo que el gran problema es que, aunque hay sectores muy bien identificados como el del fibrocemento o la construcción naval, como han explicado, también ha habido una exposición laboral al amianto en muchos sectores que no se han identificado y que quedan por identificar como de riesgo, lo que implica un mayor desconocimiento por las empresas, por los trabajadores, y entonces menos medidas de seguridad.

También hay afectados por exposiciones paralaborales y familiares. La ropa de trabajo que llevaban los trabajadores expuestos se llevaba a casa y cantidad de familiares están afectados. Y también están las exposiciones ambientales: vivir cerca de estas zonas que tenían amianto también ha repercutido. Y, como ha explicado usted, también están los autónomos. No sabemos hasta qué punto los autónomos están expuestos.

Vamos avanzando, pero queda mucho camino por recorrer. Yo creo que con este plan director avanzamos en buena línea para posteriores programas de investigación, protocolos, inspección de lugares, instalaciones, edificaciones públicas y privadas, como bien ha dicho. Tenemos que continuar también con los programas de vigilancia de salud a las personas expuestas que en Navarra creo que existen desde 2003.

Yo creo que con los criterios y los elementos que han explicado se pueden impulsar nuevos programas de desamiantado seguro –yo considero que en el menor tiempo posible–. Yo creo que tiene que ser una prioridad estatal, de las autonomías y también local de los Ayuntamientos, porque hay que preservar la salud pública. Yo creo que es un buen momento y que hay que aprovechar que hay mayor concienciación de la sociedad sobre el peligro del amianto y ahora las empresas son más exigentes con la seguridad laboral de los trabajadores. También hay más exigencias ambientales y de salud pública. Y yo creo que también tiene que haber de justicia porque hay que reconocer a las víctimas, porque en España y en Navarra se siguen sin reconocer. Nuestro apoyo a este plan director. Nos ha parecido bien la estimación de plazos, aunque el presupuesto nos parece elevado. Pero hay que avanzar en esta línea para eliminar esta lacra. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Señor Eraso, por parte del Geroa Bai, es su turno.

SR. ERASO SALAZAR: Gracias, señora Presidenta. Buenas tardes, señor Consejero, señor Moreno, señora Pérez Jarauta. Señor González, bienvenido también a esta Comisión. El Consejero ya ha dicho que este plan director viene en cumplimiento de una moción que se aprobó en este Parlamento en el año 2017. Ha tenido un proceso de elaboración de once meses que puede parecer mucho, pero, vista la elaboración del mapa, visto el trabajo que ha llevado, y visto el grupo de trabajo –que ha sido participado por todos los departamentos–, entiendo que la elaboración del plan director ha sido incluso rápida. Y también quiero poner en valor que es el primero que se realiza en el Estado. Eso también es algo importante.

El amianto era un material maravilloso, fabuloso. Era un material que tenía unas cualidades ignífugas y aislantes excepcionales. Y se utilizó de una manera desmesurada por sus cualidades

–y entiendo que también por el precio–. Luego resulta que a lo largo de los años se degrada –tiene una vida útil entre treinta y cincuenta años–, y ahora tenemos un problema. Tenemos un problema muy grave de enfermedad. Como han hecho la señora Ganuza y también el señor Consejero, yo también me solidarizo con todas las personas enfermas a causa del amianto, pero con un punto más de solidaridad con ese ochenta y tantos por ciento que tiene enfermedades profesionales y no se ha reconocido. Ese también sería un tema que habría que estudiar de alguna manera.

Es verdad también que, a lo largo de los años, se han ido tomando medidas y realizando actuaciones para prevenir, para formar y para vigilar desde la inspección el tratamiento de los materiales con amianto, pero estas medidas evidentemente no han sido definitorias y está claro que no son suficientes.

Lo ha dicho el señor Consejero: Este es un problema creciente de salud pública. Y así lo entendemos y así lo tenemos que tener en cuenta para tomar las medidas que correspondan. Este plan súper participado –yo creo que han participado todos los estamentos del Gobierno y la universidad pública y las empresas públicas– dice que el amianto es uno de los principales carcinógenos laborales.

También viene en el dosier que más de tres mil personas en Navarra padecen una enfermedad causada por el amianto. Hay una relación de enfermedades que, sin ser médico, la verdad es que causa bastante miedo porque es una lista muy amplia. Yo no sé si tienen datos, pero me gustaría saber cómo va el desarrollo de la enfermedad. Es decir, si cada año hay más enfermos por causas del amianto o si va en descenso desde que se prohibió su uso.

Nos preocupa lo que ha dicho de la desprotección del trabajador autónomo. Ese es un tema que tendremos que analizar seguramente y comentarlo con el mismo Consejo de Trabajo Autónomo. Es necesario que ellos también se impliquen en la formación de sus miembros. Y desde aquí, desde la Administración, también habrá que hacerlo.

Luego han hablado de la vida útil de este material. Y esto puede plantear un problema porque el estudio y el mapa que se ha desarrollado son muy amplios, pero en el tema de la vivienda no refleja ningún dato que pueda ser significativo. Muchas de las viviendas construidas hace cincuenta o sesenta años, muchísimas, tienen fibrocemento en el tejado. Entonces, yo no sé si al terminar ese período de vida útil, al llegar a esos cincuenta años, el material puesto bajo teja es peligroso o es peligroso si se manipula. Hay que saber en qué condiciones. Porque todos los que viven o vivamos en edificios de esos años probablemente tengamos las cubiertas de fibrocemento. Y eso es un riesgo que habrá que ir analizando y es uno de los puntos que seguramente este plan director tendrá que mejorar. Es decir, tendrá que hacer el mapa de la vivienda.

Vemos que desde el Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral y desde el departamento se conoce en profundidad cuál es el problema. Se ha desarrollado este mapa y se conoce la forma de prevenir y actuar para su eliminación. Entonces, yo creo que esas son las líneas en las que tenemos que trabajar. Tenemos que trabajar en la necesidad de que haya más vertederos, en ese grupo de trabajo interinstitucional que ustedes han comentado, en las mejoras de la formación y en las mejoras de la gestión de residuos.

Y luego ya nos vamos al tema económico. Han hecho una estimación que puede parecer muy alta. Al final, este plan se tiene que desarrollar en el período de 2020 a 2032 –son trece años– y solo con esa estimación supondría del orden de veinticinco o veintiséis millones de euros cada año, amén de las ayudas que haya que dar seguramente a la ciudadanía que tenga que retirar de sus viviendas o de sus tejados las cubiertas de fibrocemento.

Entonces va a ser un tema costoso, un tema caro, pero evidentemente es una inversión económica que hay que realizar. Esto, en cualquier caso, no va ser un gasto. Sería una inversión en salud. En la próxima legislatura habrá que planificar este tema y dar el pistoletazo de salida para intentar cumplir con los objetivos que marca la Unión Europea para el año 2032. Nosotros ya terminamos simplemente reiterándoles de nuevo el agradecimiento por el esfuerzo y por el desarrollo de este plan director. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Gracias a usted. Tiene la palabra la señora Ruiz por parte de Euskal Herria Bildu Nafarroa.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker Presidenta andrea. Arratsalde on guztioi. Bienvenidos, señor Consejero, señor Moreno, señora Pérez Jarauta y señor González. Yo, en primer lugar, también quiero agradecer y felicitar a todo el equipo con el liderazgo del Servicio de Salud Laboral, y al instituto en su conjunto, por el trabajo realizado. Yo creo que en este Parlamento estamos acostumbrados a aprobar muchas mociones y, en este caso, en la planteada por el señor Couso en nombre en Podemos-Orain Bai en septiembre de 2017, ha habido la voluntad política y profesional suficiente para llevarla adelante. Y eso no siempre ocurre. Y lo sabemos los que estamos aprobando mociones todos los días. En primer lugar, agradecemos el trabajo.

Yo creo que es un estudio y un plan completo, exhaustivo que nos da al menos unas pautas, una visión global de lo que puede ser la dimensión de la utilización y de la exposición al amianto en Navarra, con todas las carencias o todas las incertidumbres que todavía se pueden plantear en ámbitos como el de la vivienda.

Empezando por ahí, no voy a abundar en muchas de las cuestiones que se han comentado. Yo creo que este plan y las actuaciones que se derivan de este plan, con todo el coste económico que tienen, creo que están justificadas. Podemos hablar de un problema de salud laboral, de un problema de salud pública. Creo que es evidente que durante muchos años el Estado español, con la prohibición muy tardía de este elemento... Creo que han comentado que ya desde el año 1955 estaban constatándose los perjuicios en la salud y que en el año 1976 ya se considera como elemento cancerígeno, pero hasta el año 2002 no se acaba por prohibir la utilización del amianto en el Estado español. Por tanto, creo que de esos polvos, estos lodos. Y por ello, tenemos que acometer ahora un plan de estas características con toda la complejidad y con todo el coste que contiene.

Yo creo que, como digo, está justificada la retirada. Son evidentes los beneficios para la salud de la población y los beneficios medioambientales. Y, por otra parte, porque desde la Unión Europea se ha establecido una fecha límite. Hay resoluciones del Parlamento Europeo, hay dictámenes y resoluciones también del Comité Económico y Social Europeo. Y, por tanto, los Estados y las comunidades autónomas tenemos una obligación de hacer un planteamiento que

sea realista, que vaya encaminado a erradicar el amianto en nuestras edificaciones, en nuestras conducciones y en otros lugares.

En relación con las víctimas de la exposición al amianto, quiero recordar que una vez más ha quedado atascada en el Congreso una proposición de ley que se llevó desde el Parlamento de Gasteiz –pasó la admisión a trámite, pero no sé si tiene la admisión definitiva porque estaba en período de enmiendas– para la creación de un fondo de compensación para las víctimas del amianto. Aquí también, pero creo que la que está en tramitación en el Congreso es la derivada del Parlamento vasco. Pero, en cualquier caso, creo que es una respuesta absolutamente necesaria.

Se han dado los datos, al menos, los que se controlan: más de 180 personas con consecuencias de patologías relacionadas y comprobadas por esta exposición. Y, como comentaba también el señor Moreno, no sabemos y será muy difícil acabar de concretar cuál es la incidencia que ha podido tener en sectores más desfavorecidos y, desde el punto de vista de la salud laboral, más vulnerables como son el sector de los autónomos. Aquí, una vez más, reiteramos que la salud laboral tanto en prevención, como en atención, debería estar integrada dentro del sistema público de salud.

Respecto a la financiación, y como se ha dado una estimación de lo que puede ser, quiero traer a colación una pregunta que el grupo Izquierda Europea realizó en el Parlamento Europeo en diciembre de 2017 –EH Bildu pertenece a este grupo, pero la pregunta la hicieron los europarlamentarios de Podemos y de Izquierda Unida–, en la que se preguntaba si había puesto en marcha la Comisión Europea algún programa legislativo o presupuestario para acometer esta cuestión, haciendo alusión a la moción que se aprobó, y a qué programas europeos se podría acoger Navarra.

La respuesta, como es habitual, no es demasiado detallada, pero en el marco estratégico de la Unión Europea en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020, se anima a los Estados miembros –y por tanto, también a las comunidades autónomas– a hacer uso del Fondo Social Europeo y de otros fondos estructurales y de inversión europea. También se dice en esta respuesta que, hasta el momento al menos, el programa operativo de Navarra, elaborado en el contexto del fondo europeo para el desarrollo regional no contempla ninguna actuación en este sentido. Por lo tanto, de esta respuesta se deduce –esta es una pregunta de diciembre de 2017– que hay posibilidad –y así se ha hecho también en otros lugares– de acogerse a las ayudas de estos fondos para acometer estas inversiones. Por lo tanto, como decía el señor Eraso, creo que a partir de la próxima legislatura será importante hacer una planificación plurianual a lo largo de estos doce años que se prevén en términos económicos, y aprovechar esas ayudas europeas en este sentido.

El otro gran reto será, como comentaban, la gestión de los residuos. Por parte de la Administración Pública aquí también habrá que plantearse que esto evidentemente no puede ser un nicho de negocio. La Administración Pública también tiene que asumir su responsabilidad. Es algo que nos preocupa y a lo largo de la próxima legislatura será uno de los grandes retos: no solo planificar la retirada, no solo hacer un mapa lo más exhaustivo posible, sino también –aprovechando que en esta legislatura hemos aprobado también una ley de residuos muy avanzada– plantearse muy seriamente y con mucho rigor cómo se gestiona esta

gestión. Por nuestra parte, reiteramos el agradecimiento y las felicitaciones por este plan. Y creo que podemos estar satisfechos de que, al menos, tenemos una base sobre la que seguir trabajando a lo largo de los próximos años. Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Turno ahora para Podemos-Ahal Dugu-Orain Bai. Tiene la palabra el señor Couso.

SR. COUSO CHAMARRO: Buenas tardes a todos y a todas. Yo voy a ser bastante escueto en la medida que pueda en las explicaciones para no estropear las que ya se han dado. Quiero agradecerles, por supuesto, la elaboración de este trabajo. Ha merecido mucho la pena esperar. La moción que se presentó en septiembre de 2017 se debatió y se mejoró con las aportaciones de todos los grupos, con la encomienda de hacer el trabajo en un año. Y aunque el señor Eraso, en su afán de defensa del Gobierno, ha sumado once meses, han sido dieciocho. Yo pensaba que me volvía a la fábrica sin verlo, pero, al final, antes del toque de campanas se ha presentado y uno entiende, una vez visto el trabajo, que ha merecido mucho la pena esperar.

Y estamos agradecidos por el trabajo que han hecho y también porque el propio trabajo demuestra que, ante este problema que tenemos, estamos en buenas manos. Estamos en manos de gente que lo conoce, que lo ha analizado, que son realmente expertos, porque creemos que el plan director contempla todo lo que debiera contemplar desde el inicio, en la identificación del problema, hasta el cierre con la eliminación del problema y todos los pasos intermedios.

Se aprobó un plan director, como ha dicho el señor Consejero, porque aunque nosotros no podíamos evaluar el alcance, todos los grupos parlamentarios éramos conscientes de la enorme extensión a lo largo del territorio de Navarra que tenía este problema. Y, además de la cantidad de personas y de instituciones que tenían que estar involucradas tanto en su estudio como a la hora de hacer las acciones para la eliminación del amianto, del impacto económico que iba a tener y del tiempo que nos iba a costar acabar con esto. Por tanto, no era cuestión de hacer un plan de acción restringido a unos años, sino que había que plantearlo casi en décadas. Porque, además, lo estábamos viendo en otros países al este de Europa donde han tenido las minas de amianto y quizás van un poco más adelantados en esto.

Yo trabajo en una empresa que hizo su plan general de desamiantización en el año 1991 y, a día de hoy, sigue saliendo amianto. El tema es de un calado y de una profundidad, y requería no un plan de acción sino un plan director al que sumar luego planes de acciones plurianuales, como dicen ustedes, para aportar la financiación a las acciones que se determine hacer. Esa es la parte importante que queda por hacer ahora: que esos planes de acción que se deriven de este plan director tengan financiación porque, si no, no habremos hecho nada y eso es lo que les corresponderá a quienes estén en el Gobierno y en este Legislativo en las próximas legislaturas.

No me voy a extender ni en la valoración de la enfermedad ni en el impacto. Ya se ha dicho todo y está contenido en este documento. Lo único, quiero agradecerles el trabajo hecho y decirles que efectivamente va a ser un referente y va a ser una guía para otras Administraciones territoriales en todo el Estado. Van a tener el camino mucho más allanado

una vez que vean lo que hay aquí. Y hay que ponerse a trabajar. Ahora de lo que se trata es de hacer las cosas con cuidado, sin alarmismos. Yo debía estar muerto en este momento porque he calentado el bocadillo en una parrilla de amianto durante muchos años. Tampoco es tanto el impacto. Hay que entender que los riesgos están en la manipulación, en el serraje y cuando se desprende el polvo. Es un trabajo muy bien hecho. Les felicito nuevamente y ahora es necesario poner en marcha la segunda fase, que es iniciar los planes de acción y la financiación de estos planes. Nada más. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Es el turno del PSN. Tiene la palabra la señora Unzu.

SRA. UNZU GÁRATE: Muchas gracias, señora Presidenta. Buenas tardes, señoras y señores Parlamentarios. Buenas tardes y bienvenidos, señor Consejero y equipo que lo acompaña. Quiero comenzar, además, agradeciendo la elaboración de este plan director porque nos consta que no ha tenido que ser nada sencillo. Por eso, queremos agradecer, no solamente al equipo que está hoy presente aquí sino también a las entidades colaboradoras: Tracasa, Universidad Pública de Navarra... Es mucho mejor que lo que había, que hasta el día de hoy era cero.

Pero yo siento ser la nota discordante en esta Comisión. A nosotros –y lo digo con todo el respeto que merece este gran trabajo– nos parece insuficiente. Nos parece insuficiente, sobre todo, respecto a la moción que ustedes dicen que están cumpliendo. Yo creo que me estoy quedando sola defendiendo la moción que fue aprobada aquí, presentada por el grupo Podemos. La moción instaba a una serie de propuestas de resolución, que no digo que estén intentando marcar el camino, pero no es todo lo que se solicitó. Falta mucho.

Por lo que hemos visto en este brevísimo espacio de tiempo y lo que ustedes nos han explicado, se están quedando en el diagnóstico, que era también parte de esa moción, en la señalización: vamos a intentar detectar dónde está el amianto en los edificios públicos, en las viviendas particulares, en los regadíos, en todas las infraestructuras... Tarea nada sencilla. Nada sencilla. Y aquí está muy bien elaborada. Además, hay un mapa vivo que tiene que ser completado conforme pase el tiempo. Es evidente.

Pero echamos en falta –y es lo que quiero comentar– un plan de acción real y a corto plazo, porque se supone que para el año 2028 desde Europa nos marcan la retirada del amianto, primeramente, de los edificios públicos y, luego, en el ámbito privado. Con lo cual, creo que nos falta un poco de compromiso a corto plazo.

Como digo, estando conformes con las consideraciones que hizo el propio Instituto Navarro de Salud Laboral –después de la aprobación de la moción nos enviaron unas consideraciones con un informe de valoración que, por cierto, también están reflejadas en el plan director–, nos parece muy importante el establecimiento de un marco estatal para hacer frente a este gran reto. Y esto también se nos queda un poco cojo.

Pero quiero hacer saber... Porque, a lo largo de las intervenciones de esta tarde, se ha mostrado mucha solidaridad, como no puede ser de otra manera, y este grupo parlamentario también comparte esa solidaridad en el mismo sentido. Además, a propuesta nuestra se trajo

aquí la creación a nivel estatal –siguiendo el ejemplo del Parlamento vasco– de un fondo de compensación de las víctimas de amianto, y a raíz de esta moción surgió la moción presentada por Podemos. Pero quiero hacer saber que en los Presupuestos Generales del Estado, en el proyecto que presentó el Partido Socialista hace poco, estaba previsto el impulso de un plan de actuación. Estaba prevista la creación del fondo de compensación con contenido económico para las víctimas del amianto y también estaba previsto el impulso de proyectos de investigación sanitaria de las enfermedades provocadas por el amianto.

Un inciso para saludar desde aquí y mostrar nuestro agradecimiento, además, a Adavan, que es la asociación navarra de víctimas del amianto, que fueron los impulsadores y con quien hemos estado trabajando.

Todas estas medidas, que a nosotros nos parecen fundamentales y que hay que coordinar con la Comunidad Foral de Navarra y con otras tantas comunidades que quieran impulsar el tema de la retirada de amianto, se fueron al traste con quien hoy me ha precedido en el turno de la palabra, porque votaron en contra de la creación de un fondo de compensación para las víctimas del amianto, de proyectos de investigación sanitaria, etcétera. Así que un poco más de rigor en las exposiciones.

Por eso, queremos destacar que la colaboración –ya lo han dicho– con otras Administraciones Públicas nos parece fundamental, empezando con la estatal y siguiendo también con otras como la Administración Local. Es fundamental a trabajar con los Ayuntamientos, es fundamental trabajar de manera interdepartamental en Gobierno de Navarra, la colaboración es imprescindible, por ejemplo, y se me ocurre con el departamento en el que esté enmarcado Vivienda, Desarrollo Rural, Agricultura... Nos parece más que fundamental.

Y también, tal y como marca la Comisión Europea, hay que hacer muchos cambios a nivel legislativo. Hemos comentado aquí el tema de los trabajadores autónomos, que no tienen la misma protección a nivel legislativo que los trabajadores por cuenta ajena que sí que están controlados y cubiertos a nivel de prevención. Eso pertenece al marco estatal. Habría que hacer algún tipo de convenio, algún tipo de iniciativa, algo. No sé.

También está el tema de residuos y medioambiente. ¿Qué hacer con las miles y miles y miles de toneladas de amianto que se tienen que retirar? Por lo que han comentado, dudo mucho que la empresa de Viana, por mucho que trabaje estupendamente, sea capaz de asumir los riesgos medioambientales que puede provocar tantísima retirada de amianto en un espacio de tiempo tan breve.

Y, sobre todo, vamos a lo práctico. Como he comentado al principio, echamos en falta un cronograma a corto plazo. ¿Por qué? Porque aquí hemos visto cómo muchos de los planes que han presentado, con toda la buena intención del mundo, se han quedado en agua de borrajas porque no iban acompañados de un cronograma, de un calendario y, sobre todo, de presupuesto. Y creo que no nos podemos permitir el lujo, de ninguna de las maneras, de que con el plan de retirada de amianto pase exactamente lo mismo. Entonces, nos falta la designación a corto plazo del equipo técnico, al cual han hecho referencia.

Y el tema del presupuesto nos parece fundamental. Ustedes han valorado la retirada de amianto en aproximadamente doscientos cuarenta y cinco millones en un plazo de doce años, si no me equivoco. Algo tienen que tener ya previsto para ir estableciendo qué tipo de ayudas vamos a establecer. ¿Vamos a establecer ayudas y subvenciones a Ayuntamientos? Habrá que ir trabajando todas esas iniciativas, estas subvenciones. ¿Vamos a subvencionar a los particulares que tantísimo amianto tienen en su domicilio y que no tienen ninguna capacidad para hacer frente a esta retirada? ¿De qué maneras les vamos a ayudar? A este grupo le parecen absolutamente fundamentales estas cuestiones. ¿Por qué? Porque la gente está con obras de rehabilitación y, si se tiene que establecer la retirada de amianto, creo que tiene que ser más pronto que tarde.

Y quiero finalizar haciendo una reflexión respecto a un párrafo que he leído en una nota de prensa que han sacado ustedes esta mañana, cuando han presentado este plan director... No sé si es porque a nivel legislativo es así o porque ustedes lo han establecido así. El párrafo dice: Todo material que se sospeche que contiene amianto debe ser considerado y gestionado como material con amianto. A mí me gustaría hacer una reflexión al respecto. ¿Por qué? Porque a nivel particular no podemos decirle a una familia que tiene que cumplir con el protocolo si solo se sospecha que un material contiene amianto. Porque es probable que una familia no se pueda permitir el lujo de pagar la retirada de amianto, por ejemplo, en el tejado de su casa. Estamos hablando –y el señor Iñaki Moreno puede hacer una estimación de lo que cuesta la contratación de una de estas empresas– de cinco o seis mil euros.

A mí me parece que es absolutamente necesario trabajar con la máxima garantía en la retirada de amianto, pero cuando solo hay una sospecha de que un material puede contener amianto, hacer gastar a una familia cinco mil euros por si acaso, a lo mejor... Yo lo dejo como reflexión por si se le puede dar una vuelta a esto. Insisto, no sé si pertenece al ámbito legislativo, pero yo lo he visto escrito esta mañana. A mí me parece importante reflexionar sobre esto por si se le puede dar la vuelta porque hay familias que realmente no se pueden permitir el lujo de meterse en semejante embarcada sin tener la certeza. Insisto, es perfecto que así sea cuando realmente hay amianto, pero cuando no se tiene la garantía... A nivel particular, quizá es un riesgo económico bastante grande. Por nuestra parte, muchísimas gracias por el trabajo realizado. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Turno ahora para la agrupación de Parlamentarios y Parlamentarias del Partido Popular. Tiene la palabra el señor García.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Muchísimas gracias, señora Presidenta. Sin más, quiero agradecer la información que se ha facilitado sobre esta cuestión. Yo creo que efectivamente el tema de la salud es un tema importante y a mí, personalmente, me ha tocado trabajar en esta cuestión con los protocolos y procedimientos de eliminación de fibras de amianto. Efectivamente, hay importantes estudios a nivel nacional de la cantidad de amianto que existe en nuestro país y, según qué datos y procedimientos, hay poco conocimiento con respecto a las fibras de amianto en esta cuestión. Yo creo que todo protocolo, todo procedimiento y toda ayuda para la retirada del mismo requiere un acompañamiento por parte de las Administraciones. Sin más, agradecemos la información y el planteamiento que se ha hecho. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Ahora es el turno de la agrupación de Parlamentarios y Parlamentarias Izquierda-Ezkerra. Tiene la palabra la señora De Simón.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Consejero, y a todas las personas que nos acompañan esta tarde. Gracias por la exposición. Muchísimas gracias por este plan director de eliminación del amianto en Navarra. Les tengo que felicitar, no agradecer, porque es su trabajo, pero sí felicitar. Les tengo que felicitar porque es un trabajo muy riguroso. Este es un tema con muchas aristas. El amianto, usted lo ha explicado, tiene muchos riesgos, mucho peligro a la hora de manipularlo. Por lo tanto, a mí me parece que esto es lo que tocaba hacer.

Yo les oigo, no a todos, pero sí a algunos de ustedes, y me da una sensación extraña. Yo no sé si es por suerte o por desgracia, pero convivir o compartir experiencias con víctimas por haber estado en contacto con el amianto en el Parlamento Europeo en más de una ocasión, no es nada agradable. Pero sí puedo dar fe y testificar que se lleva años –no en esta legislatura, sino en la anterior y en otras–, trabajando –en particular en el Parlamento Europeo– para dar solución a estas personas, porque ya hay directivas europeas. Hoy ya no se puede construir, ya no se puede utilizar el amianto en la construcción. Ya lo han explicado ustedes y lo ha explicado la señora Ruiz. Pero han tenido que pasar muchos años para ello.

Y el hecho es que, aparte de los problemas que hay en relación con la eliminación del amianto –hoy por hoy ya vemos que sigue existiendo–, hay una dificultad con ese fondo de compensación para las víctimas sobre el que se lleva años trabajando en el Parlamento Europeo. Y en el Parlamento del Estado, por cierto, también. De hecho, ha habido una Comisión durante esta última legislatura para tratar este asunto y efectivamente estaba incluido en los Presupuestos Generales del Estado, por cierto, pactados también con Podemos y con Izquierda-Ezkerra en este caso.

Pero, en todo caso, a mí me parece que aquí, en Navarra, es fundamental todo lo que hace referencia a la protección de los trabajadores. Esto está bastante regulado ya, porque cuando se va a retirar algo de amianto... Ha habido otros casos, pero yo me acuerdo concretamente del caso del colegio público de Beriáin porque lo seguimos muy de cerca. Los protocolos se siguen con todo rigor. Ese paso ya está dado. Lo que hay que hacer es lo que dicen ustedes: esa vigilancia y ese control.

Yo creo que el problema está, ustedes lo han dicho, en esos trabajadores autónomos que no tienen esa protección y en las familias que viven en determinados edificios que tienen amianto y no lo saben, aunque haya riesgo, señora portavoz del Partido Socialista. Con que haya riesgo es más que suficiente. Más que suficiente. Porque a mí particularmente me parece mucho más relevante que esas familias no estén en riesgo de tener las enfermedades, el cáncer en particular, que provoca el amianto, que gastar tres mil o cuatro mil euros. Otra cuestión es de dónde vienen esos tres mil o cuatro mil euros. Ahí sí que podríamos discutir. Podríamos discutir de dónde llega la financiación. Pero yo, desde luego, me niego a discutir que haya que considerar cuándo hay riesgo o deja de haberlo. Para nosotros...

SRA. ÚNZU GÁRATE: He dicho sospecha. No riesgo.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Decía que cuando hay una sospecha... Yo estoy defendiendo lo mismo que defendemos cuando se habla de las ondas de telefonía móvil o de cualquier sustancia en la incineración de residuos. Izquierda-Ezkerra tiene la misma posición en este sentido. Sospecha, indicios... Es un riesgo. Es un riesgo potencial. Por lo tanto, ahí no estoy para nada de acuerdo con la portavoz del Partido Socialista.

En todo caso, como decía, es fundamental la vigilancia a la hora de retirar este material y, sobre todo, en determinar dónde está, porque está oculto. El problema fundamental que hay en el amianto es que está oculto. ¿Dónde está?

Hay una realidad clarísima. En los últimos veinte años ha habido empresas que han incumplido la legislación. Ha habido un fraude durante décadas en prevención de riesgos laborales porque se sabía, y se sabe, que el amianto está ahí. La cuestión es que no se ve, pero existe. Y, en este sentido, a mí me da igual que sea un problema de salud pública, que sea un problema de salud laboral... Es un problema de salud que tienen determinadas personas que están afectadas por la responsabilidad y por decisiones que tomaron terceros, que tomaron otros. Por lo tanto, esas personas merecen nuestra protección. Pero también merecemos protección, porque hay que prevenir, todos y todas las demás que estamos aquí, porque convivimos con el amianto.

Claro, todo esto, lejos del alarmismo. Lo ha explicado el señor Consejero. El riesgo está en esa inadecuada manipulación o en la degradación que pueda ocurrir en un tejado, en una tapia... No es que todos estemos expuestos al pasear en la calle o al estar en nuestra casa. Pero hay que detectarlo, porque a lo mejor en mi casa no hay, o sí. Eso es, bajo mi punto de vista, lo más importante que tiene este plan.

Por lo tanto, termino agradeciéndoles su trabajo y el plan. Y esperamos que plan director se lleve a cabo. Y ¡claro que va a costar! Son décadas en las que se ha utilizado este material. Décadas en las que, sabiendo que existía riesgo, se ha seguido adelante. Y ahí hay una responsabilidad. Y en algún momento –ya veremos cómo– se habrá de depurar. Muchísimas gracias una vez más.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Cedo la palabra al señor Consejero.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Yo quiero comenzar agradeciendo las aportaciones de los portavoces de los distintos grupos. Y quiero hacer alguna aclaración y alguna matización antes de darle la palabra al señor Moreno para que nos aclare algún punto que haya podido quedar menos claro.

Lo primero que quiero es insistir en no crear alarma social, porque parece que estemos todos medio enfermos. Yo creo que no hay que crear alarma social porque –ya se ha comentado– es la manipulación del amianto lo que causa esa pérdida de fibras –que es lo que produce el problema– y la degradación y la manipulación inadecuada.

Hemos comentado que hay tres mil ciento noventa y dos personas que están controladas por exposición. Esto no quiere decir que estas personas estén enfermas. Lo que sí es una evidencia es que en 2016 hubo ciento ochenta y una lesiones causadas directamente por el amianto y, por lo tanto, esto ya obliga a tomar unas medidas adecuadas.

Se ha estado hablando del coste y efectivamente es un coste elevado. Pero es un coste que necesariamente hay que asumir porque es una inversión en salud. Es una inversión en salud porque vamos a ganar años con calidad de vida, años de vida, y se va ahorrar también en los tratamientos sucesivos de las enfermedades que pueda producir el amianto, etcétera.

Se ha comentado, por parte de la portavoz del Partido Socialista, que parece insuficiente lo que se ha hecho porque nos hemos quedado en el diagnóstico. Claro. Es que en esas estamos en este momento. Yo creo que antes de hacer un tratamiento hay que hacer un diagnóstico adecuado. He empezado hablando sobre las diferencias entre un plan director y un plan de acción. Lo primero que hay que hacer es el plan director para saber dónde estamos, para saber dónde hay amianto y qué es lo que hay que hacer. Porque precisamente lo peligroso son las prisas, las manipulaciones inadecuadas. Y este plan director nos va a permitir hacer un plan de acción adecuado con la priorización correcta, las condiciones de retirada, los vertidos, las ayudas a los particulares, etcétera.

Porque no podemos olvidar que probablemente en este momento vaya a haber menos problema con el amianto que lo que ha habido hasta este momento. A partir de este momento se sabe el riesgo que hay y se están tomando medidas. Se ha puesto el ejemplo del colegio. Realmente la retirada del amianto se hace con medidas de seguridad, mientras que antes se hacía sin ninguna medida. Entonces yo creo que ahora va a haber menos problema. Y eso nos permite, no dormirnos lógicamente, sino hacer un plan de acción adecuado y correcto. En el plan estábamos hablando de 2020. Es decir, es el año que viene. Por lo tanto, yo creo que hay que hacer las cosas bien. Estamos en el diagnóstico y ahora hay que aplicar el tratamiento. Por mi parte nada más. Le voy a dar la palabra al señor Moreno por si nos quiere aclarar algún tema.

SR. JEFE DE SERVICIO DE SALUD LABORAL, ISPLN (Sr. Moreno Suescun): Sí. En el propio plan se plantea la posibilidad de crear un registro de personas –no sé qué términos se ha empleado– paralaborales o algo así, de personas que no tenían contrato pero estaban expuestas por ser familiares de trabajadores o porque vivían en un ambiente próximo. En Navarra lo desconozco, pero en otras zonas del Estado sí que ha habido zonas cercanas a fábricas de producción de materiales con amianto en las que las fibras se dispersaban alegremente por todos los entornos y eso se respiraba en las viviendas anexas o próximas. Eso sí que puede ser un problema, sobre todo, en otras zonas.

Pero, en cualquier caso, se prevé que habrá que debatir si se habilita o no ese registro con todas las dificultades. Nos cuesta mucho a veces demostrar la exposición de muchos trabajadores y trabajadoras que han estado en determinados centros de trabajo y cuesta mucho tiempo que la maquinaria administrativa, al final, reconozca que ha habido esa exposición, o no, porque a las empresas les cuesta reconocer que sus trabajadores han estado expuestos a un riesgo que, en principio, ellos debieran prevenir o intentar que no se produjera.

No es que partamos de cero. Es decir, en Navarra se han hecho bastantes cosas. Históricamente hay uno de los primeros registros de trabajadores expuestos a este mineral. Hay una atención postocupacional, como bien se ha dicho, desde el año 2003, bien es verdad que después desaparece y otra vez se retoma en el 2014. Pero ahora se hace un seguimiento de todas estas personas. Antes, los trabajadores tenían que ir a Asturias –donde había un

centro de neumología– para que les hicieran los reconocimientos oportunos. Hoy nos podemos felicitar porque eso funciona en el complejo hospitalario en el Servicio de Neumología.

Hay una comisión mixta con el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el INSS, para evitar judicializar todos los casos donde hay dudas y donde ha habido exposición anterior o no. Podía mejorarse, desde luego, y es probable, a raíz de la habilitación de los planes de acción, que haya que fortalecer todo este tipo de recursos.

A nivel estatal hay un registro, un estudio que se publica periódicamente, llamado PIVISTEA, que es el seguimiento de todas estas exposiciones. Y Navarra es una de las comunidades autónomas que más información aporta. Y así consta en estas publicaciones.

¿Hay cada día más enfermos? Teniendo en cuenta que el tiempo de latencia entre la exposición y el efecto –estoy hablando en términos de cáncer– es de entre treinta y cincuenta años, y esto se utilizó entre los cincuenta y los noventa, podemos hacer un cálculo: igual estamos ascendiendo aún y van a aparecer nuevos casos. Un caso centinela nos puede alertar de que igual el entorno de ese trabajador también ha estado. Pero vayamos a investigar a una empresa que ha desaparecido, unos registros inexistentes... Es decir, es casi una aventura policial investigar si hace cincuenta años hubo una exposición a fibras de amianto en el lugar de trabajo. Con todo esto lo que quiero decir es que no es sencillo.

Igual se malinterpreta la frase que se ha puesto, pero ha sido intencional por un principio de precaución que hay que aplicar. Es decir, usted, si no sabe si esa bajante de su baño, de su casa, si ese horno tiene amianto o no, no lo toque. Trátelo como si fuera de amianto. Eso queremos decir. No lo toque. Tendrá que venir el personal oportuno para identificar, valorar y analizar, si es preciso, si eso contiene o no amianto. Y entonces habrá que actuar o no actuar. Hay cinco opciones. Entiendo que igual no está muy acertadamente expresado –puede ser–, pero si está escrito así es para que nadie alegremente se dedique a serrar uralita, a retirar uralita, a utilizar medios mecánicos para su retirada, etcétera. Eso es lo que queremos decir. Es decir, seamos cautos. No creemos problemas donde igual no existen. No hay que ir directamente a la retirada, sino que hay que valorarlo con criterio y actuar en consecuencia. Eso es lo que se pretendía. Además, los materiales no son iguales. Hay materiales friables, no friables, que tienen más riesgo o menos riesgo de que se desmenucen las fibras. Hay que considerar todo eso.

Por último, quiero agradecer a la señora Bakartxo Ruiz porque ha avanzado que sí hay posibilidades de utilizar fondos europeos de cara al coste que esto tenga. Y, en cuanto a la colaboración con el Estado, nosotros estamos en comisiones estatales de amianto, de construcción, de trabajo de autónomos... Y no es una opinión del equipo técnico. A nivel estatal todo el mundo señala que hay una carencia o que hay carencias a la hora de proteger a los trabajadores y trabajadoras que pueden estar expuestos a esto. No ha habido una solución. En nuestra exposición hemos dicho que en algún sitio alguien tendrá que decidir cómo abordar esta desprotección. Eso evidentemente pasará por legislación laboral y, hoy en día, que yo sepa es competencia estatal. Bien es verdad que si en Navarra, con las actuales competencias de salud o de vivienda o del tipo que sea, podemos avanzar en la protección de estos

colectivos, supongo que nadie se va a oponer. Habrá que estudiar esas opciones. Gracias por las aportaciones.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Despedimos al señor Moreno y a la señora Pérez Jarauta. Hacemos un minuto de receso para que vayamos cambiando y comenzamos con el siguiente punto. Van a ser cinco minutos de receso porque van a arreglar algo del ordenador y la pantalla.

(Se suspende la sesión a las 16 horas y 50 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 16 horas y 58 minutos).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para realizar una evaluación de la consecución de los objetivos del Departamento planteados al inicio de legislatura.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Retomamos con el segundo punto del orden del día, que es la comparecencia del Consejero de Salud para realizar una evaluación de la consecución de los objetivos del departamento planteados al inicio de legislatura. La petición ha sido solicitada por el PSN. Tiene la palabra la señora Chivite.

SR. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, Presidenta. Muy buenas tardes. Gracias, Consejero, por la comparecencia. La petición de comparecencia tiene como objetivo hacer aunque no sea más que un pequeño balance de lo que ha sido la legislatura. Usted compareció por primera vez en esta Cámara como Consejero el 15 de septiembre del año 2015 y nos detalló los objetivos estratégicos que se habían propuesto para esta legislatura y creo que lo que toca hoy, sobre la base de esos objetivos marcados, que creo que fueron once objetivos estratégicos, es hacer un balance del cumplimiento de los mismos. Considero que la rendición de cuentas es un ejercicio de responsabilidad política, que es un mecanismo necesario para el funcionamiento de la democracia, así que, sin más, le dejo para que dé cuenta del cumplimiento de los objetivos estratégicos que nos planteó el 15 de septiembre de 2015 y el cumplimiento de los mismos.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Perdón, antes de empezar, hemos tenido un cambio. Saludamos al señor Gabilondo. Le cedo la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias, Presidenta. Comparezco en esta ocasión a petición del Grupo Parlamentario del Partido Socialista de Navarra para rendir cuentas, efectivamente, públicamente del cumplimiento de los objetivos de legislatura que formulé en mi comparecencia de marzo de 2016 ante esta misma Comisión de Salud del Parlamento de Navarra. Antes de entrar en materia, quiero comentar que la documentación que vamos a entregar se ha retrasado un poco, unos minutos, y en breve lo entregarán.

Como he manifestado en otras ocasiones, someterme al control de la Cámara elegida democráticamente no es solo una obligación, sino un compromiso ético de quienes asumimos la responsabilidad de gobernar.

Centraré mi intervención en la valoración global del desarrollo de la legislatura y me centraré en los principales compromisos y luego los alcanzados, sin dejar de señalar los retos aún

pendientes. Tras mi intervención, Luis Gabilondo, Director General de Salud, que me acompaña en esta comparecencia, procederá a detallar la evaluación del grado de ejecución del plan de acción previsto, así como de la evolución de los indicadores y metas de resultados que en su día nos marcamos como objetivos.

En mi primera comparecencia ante esta Comisión en septiembre de 2015 ya les decía que obviamente nuestros objetivos debían centrarse en primer lugar en el cumplimiento del acuerdo programático suscrito por los cuatro partidos que apoyan al Gobierno y asumido por este como programa de legislatura, pero que, además, el departamento pretendía ser más ambicioso y estaba comprometido a elaborar y desarrollar un plan estratégico, y hacerlo de manera participativa.

Pusimos en marcha un amplio proceso interno de debate y planificación estratégica e integramos en un único plan de acción los objetivos del Plan de Salud, los compromisos programáticos y las líneas estratégicas que previamente habíamos marcado desde el departamento. Este plan de acción lo sometimos posteriormente a la consideración del Consejo Navarro de Salud, de las distintas juntas técnico-asistenciales de salud mental, la Atención Primaria del Complejo Hospitalario y las áreas de salud, y se solicitó la participación de todos sus integrantes en la priorización de los posibles proyectos de acción, y se recibieron, además, las valoraciones de treinta y tres centros de salud.

Finalmente, estructuramos el plan estratégico en dos ejes igualmente relevantes: la salud pública y comunitaria, por una parte, y la atención sanitaria, por otra, en un total de ocho grandes objetivos estratégicos. Para el logro de dichos objetivos estratégicos se elaboró un plan de acción integrado por cincuenta y siete proyectos, que posteriormente se desplegaron en acciones, de cuya efectiva realización hoy venimos a rendir cuentas. Asimismo, algo que, como saben, no es habitual, se formularon un total de cincuenta y seis objetivos de resultados con indicadores y metas concretas, de cuya evolución también les daremos cuenta.

Aunque posteriormente lo detallará el Director General, ya les adelanto que el grado de despliegue del plan de acción ha sido muy notable y se ha logrado incluso un balance muy positivo en el logro de los resultados y metas previstas, de manera que globalmente entendemos cumplido el 80,2 por ciento de los objetivos que nos habíamos propuesto.

Dado que tendrán oportunidad de conocer con todo detalle la evaluación de cada uno de los objetivos, permítanme que me centre en los principales logros y retos y en aquellos aspectos que considero más relevantes.

En el proceso de participación, se constató que todos los colectivos consideraban la mejora de los tiempos de espera como objetivo clave de legislatura. Personalmente, me comprometí a dar una respuesta adecuada este objetivo y considero que hemos cumplido en muy buena medida la meta que nos propusimos. Ello no quiere decir que nos demos por satisfechos. Lograr tiempos de espera socialmente aceptables continuará siendo siempre un reto para un sistema sanitario público, universal y exento de copago. Como no podía ser de otra manera, el proceso de participación estableció como otra máxima prioridad del departamento la prevención, la promoción de la salud y los autocuidados.

Considero personalmente que una de las señas de identidad de esta legislatura ha sido la salud pública. Aspirábamos a situar la salud al más alto nivel de gobierno para promover la intervención comunitaria interdepartamental para mejorar los resultados en salud y reducir las desigualdades y creo que, poco a poco, lo estamos consiguiendo. El haber revertido los recortes presupuestarios en una apuesta decidida por el desarrollo de los servicios públicos ha sido también un factor clave para el desarrollo de muchos de los objetivos.

En la diapositiva se reflejan otros de los logros principales alcanzados en la presente legislatura que ustedes bien conocen. Mencionaré rápidamente, por tanto, solo algunos de ellos: garantía de atención universal; subvención al copago de fármacos; reversión de la externalización de las cocinas e internalización de diversos servicios; estrategia de envejecimiento activo y saludable; nuevos planes de salud mental, drogodependencia, salud laboral, etcétera; puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitario; amplia oferta pública de empleo; desarrollo de nuevos y diversos servicios en las áreas de Tudela y Estella; extensión al cien por cien del programa de detección precoz de cáncer colorrectal, de la hospitalización a domicilio, del Programa de Crónicos y Pluripatológicos; inversiones en la mejora de la capacidad resolutiva de Atención Primaria; elaboración de la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria; dirección, gestión y control público del IdiSNA y Plan Científico de Investigación Biosanitaria Pública; muy importante, incremento presupuestario en investigación y docencia; y reconocimiento del Complejo Hospitalario como hospital universitario y preparado para colaborar con la futura facultad pública de Medicina.

Quiero también hacer referencia a algunos de los retos pendientes, algunos de ellos bien conocidos, y otros no. Como ya he señalado, lograr tiempos de espera socialmente aceptables sigue siendo un reto. Aunque no figuraba en el acuerdo programático, uno de los objetivos que propusimos y de los que más lamento no haber podido cumplir es el de la aprobación de una nueva ley foral de salud. Cuando nos pusimos este reto mantuvimos varias reuniones con todos los grupos de la Cámara y ya advertimos que solo lo abordaríamos siempre que contásemos con el máximo consenso posible para garantizar su vocación de permanencia en el tiempo. No pretendíamos desarrollar una ley foral meramente declarativa, sino que pretendíamos dotar al sistema sanitario público de herramientas verdaderamente innovadoras que lo hicieran más eficiente y facilitaran realmente el logro de resultados.

Lamentablemente, y a pesar del gran esfuerzo realizado, pudimos constatar que no se daban las condiciones de oportunidad ni el clima de consenso necesario, y quisimos evitar quemar un instrumento que consideramos esencial y que será abordado al comienzo de la próxima legislatura, para lo que se aprovechará, eso sí, el trabajo ya realizado.

Otros de los retos que figuran en la diapositiva ya son de sobra conocidos por todos ustedes, y de ellos destacaré, de los más relevantes, alcanzar el pleno desarrollo de la nueva Estrategia de Atención Primaria; pleno desarrollo de la atención sociosanitaria; impulsar el desarrollo de distritos sanitarios, asunto del que, hoy mismo, en comparecencia posterior, tendremos oportunidad de conocer su proyecto de desarrollo, cuya propuesta técnica ya está elaborada; y la aprobación y puesta en marcha de la estrategia de medicina personalizada de precisión, cuya redacción está avanzada y se está desarrollando en colaboración con el Departamento de Desarrollo Económico en el marco de la Estrategia de Desarrollo Regional RIS3.

Además del plan de acción de los proyectos priorizados, dimos un paso más al establecer un total de cincuenta y nueve objetivos con metas concretas de resultados que aspirábamos lograr en la presente legislatura. Como ustedes bien saben, no es habitual que un Consejero se comprometa a realizar una declaración tan concreta y explícita de objetivos de resultados, a pesar de saber, cómo sabía, que no eran nada fáciles de lograr, y a pesar de saber que un día se me pediría cuentas de esos objetivos. Entendí, y entiendo, que era mi deber tensionar la organización con la formulación de objetivos ambiciosos pero necesarios para lograr que Osasunbidea ofrezca la calidad y eficiencia que la sociedad navarra demanda. Pude pecar de ingenuo, pero a la vista de los buenos resultados alcanzados, entiendo que no. Éramos conscientes que no lograríamos dichos objetivos al cien por cien, pero estamos convencidos de que solo se logra lo que de verdad se intenta.

Como es habitual que se formulen objetivos de resultados, permítanme que me extienda para explicar cómo creemos que debe ser entendido. Entendíamos, y entendemos, que el desarrollo del plan de acción previsto constituye un compromiso explícito, políticamente exigible, sin embargo, las metas de resultados son formuladas como objetivos a lograr. Tal como reconoce la jurisprudencia en sanidad, la exigencia es de medios, no de resultados. Resulta exigible, por tanto, haber puesto los medios o desarrollado las acciones comprometidas, pero no puede exigirse el logro de resultados, ya que el grado mayor o menor de éxito depende de una multiplicidad de factores, muchos de ellos ajenos al gestor.

No quiero dejar de referirme también en esta intervención al compromiso adquirido de poner en marcha procesos participativos para someter a debate en la organización los aspectos que entendemos cruciales para el desarrollo futuro de Osasunbidea. Aunque en una organización tan grande toda actividad de participación es poca, sin embargo creemos que también en este campo hemos realizado un esfuerzo notable.

En esta legislatura hemos puesto en marcha importantes procesos participativos. Citaré algunos a modo de ejemplo: el propio plan de acción del departamento; se han realizado procesos similares para elaborar los planes estratégicos de salud pública y del Servicio Navarro de Salud; para elaborar las estrategias de Atención Primaria, de salud mental y de drogodependencias y toxicomanías, etcétera. En varios de estos procesos se ha contado con la participación de las juntas técnico-asistenciales, de los colegios profesionales y las sociedades científicas.

Desde el principio, recuperamos las competencias de las juntas de personal y las juntas técnico-asistenciales, de las que se han celebrado cincuenta y ocho reuniones, que supone un incremento del 61 por ciento sobre la legislatura pasada. Cerca de quinientos profesionales han participado en los cincuenta y cinco grupos técnicos y en dieciocho comités y comisiones técnicas multidisciplinares, en los que, por primera vez, se han incorporado representantes de la ciudadanía.

Quiero destacar y agradecer también la participación de voluntariado y de agentes culturales y sociales en las comisiones y grupos de trabajo de humanización. Además, obviamente, hemos cumplido escrupulosamente la legislación al hacer públicos en el portal de transparencia todas las normas, planes y programas, y hemos dado respuesta puntual a todas las aportaciones.

Como saben, también se ha creado un nuevo canal directo de participación a través de las redes sociales y del portal de Salud.

Con ocasión de esta comparecencia, no puedo ni debo omitir una referencia a la evolución del gasto y de la actividad desplegada por los servicios sanitarios públicos, y quiero salir al paso de las acusaciones de ineficiencia y mal funcionamiento que determinados colectivos y personas están tratando de trasmitir a la población.

A modo de ejemplo, citaré la burda evaluación crítica realizada por la Institución Futuro de Navarra, que ha empleado media docena de indicadores sesgados, y que por mucho que fuera publicada en la portada de un diario local, carece del más mínimo rigor metodológico exigible a una audiencia pública, a una auditoría pública y menos a una auditoría sanitaria. Distorsiona la realidad y oculta la evolución del gasto real experimentado por Osasunbidea desde el 2008 con el único propósito de transmitir la imagen de que el crecimiento experimentado en la actual legislatura es un derroche. Sin embargo, la lectura de la serie completa de datos, que pueden apreciar en esta gráfica, permite obtener una imagen fiel de la realidad, de la magnitud de los recortes padecidos en la pasada legislatura y la necesidad de su recuperación. Si se compara el presupuesto del año 2019 con el gasto real de 2015, se comprueba que el incremento real es del 12,9 por ciento, con un crecimiento medio anual del 3,8 por ciento.

De su breve informe, Institución Futuro evita toda referencia al gran esfuerzo realizado para compensar el notable déficit de actividad producida en la legislatura pasada debido a los recortes. En 2018, se han realizado ochenta mil consultas hospitalarias y doce mil novecientas intervenciones más que en 2014. Oculta también la notable reducción experimentada en las listas de espera de consultas, aporta datos incorrectos sobre la evolución de la espera quirúrgica y atribuye a mejoras organizativas y de gestión la reducción de lista de espera quirúrgica de la pasada legislatura. Sin embargo, dicha reducción no se produjo por un incremento de la actividad quirúrgica, sino que está vinculada principalmente con la importante reducción de la actividad de consultas; a menos consultas, menos indicaciones quirúrgicas.

Tampoco toma en consideración el impacto del crecimiento, en más de doce mil ochocientas personas, de la población asegurada con tarjeta sanitaria. Omite el importante crecimiento del gasto en inversiones y no concede importancia sanitaria ni económica alguna a la puesta en marcha de todos los nuevos servicios y programas puestos en marcha en la presente legislatura, ni valora, por supuesto, que se haya duplicado la inversión en investigación o se hay incrementado en un 53 por ciento la dotación para formación.

A la luz de los datos aportados, sorprende que la Institución Futuro no mostrara el más mínimo interés por evaluar el tremendo impacto de los recortes económicos aplicados a Osasunbidea en la pasada legislatura, que tanto está costando revertir. Atreverse a afirmar que la calidad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se ha deteriorado empleando para ello media docena de indicadores sesgados, carece del más mínimo rigor metodológico. Nunca con tan pocos datos se han extraído tantas conclusiones falsas y sesgadas. Solo les diré que para realizar la evolución que hoy les estamos presentando se han debido invertir muchas horas de muchos profesionales con acreditada experiencia en gestión y evaluación, pero lo más lamentable es que últimamente se ha perdido el pudor de hacer afirmaciones sin datos que

dañan la positiva imagen de la que siempre ha gozado Osasunbidea y, evidentemente, se hace por intereses alejados del bien público. Cualquier experto en comunicación sabe que reiterar mensajes negativos sobre la imagen de calidad de un servicio público es una grave irresponsabilidad que acaba por dañar su imagen de manera irreversible a modo de una profecía autocumplida.

Por último, me corresponde rendir personalmente cuentas del grado de cumplimiento del acuerdo programático. Considero que también en este aspecto el balance general es francamente positivo. De los veintinueve compromisos adquiridos, entendemos cumplidos estos veintidós que ven en la diapositiva; parcialmente cumplidos, cinco; e incumplidos dos, que hacen referencia a la elaboración de un estudio sobre la publificación de las contingencias profesionales y a la apuesta por la profesionalización de los gestores sanitarios, aspecto, este último, que, como recordarán, habíamos incorporado al texto de la futura ley foral, que, como he dicho, finalmente no ha podido ver la luz. Por tanto, en conjunto, estaríamos hablando de un 84,5 por ciento de cumplimiento global.

A modo de colofón, y antes de darle la palabra a Luis Gabilondo, me gustaría hacer algunas consideraciones. Como ya les dije en mi comparecencia ante esta Comisión, en el Departamento de Salud creemos que la mejor manera de activar la realización es establecer objetivos, medir resultados y rendir cuentas ante la sociedad justificando las decisiones adoptadas, los logros alcanzados y las dificultades encontradas en el desarrollo de los retos pendientes.

Les pedí tiempo, un período de confianza y el apoyo presupuestario necesario para impulsar el plan de acción. El tiempo siempre resulta escaso para movilizar una organización tan compleja. Agradecemos al Parlamento el esfuerzo realizado para dotarnos de un presupuesto que nos ha permitido revertir los recortes, pero como ustedes bien saben, las limitaciones impuestas por la regla de gasto del Estado no nos han permitido disponer del presupuesto solicitado y necesario para hacer frente a los nuevos desafíos a los que se enfrenta nuestro sistema sanitario.

Creo haber gozado de la confianza suficiente de la mayoría de la Cámara, lo que les agradezco enormemente. Acepto también la crítica, porque entiendo que todo se puede mejorar, incluso lo que está bien hecho, aunque como saben también, no llevo nada bien las alusiones personales y las descalificaciones que no están basadas en datos. En cualquier caso, les agradezco a todos y a todas ustedes el tiempo y el esfuerzo que han dedicado cada uno, desde su visión y sus valores, a promover la mejora del sistema sanitario público en esta Comisión. A continuación, Luis Gabilondo les va a detallar tanto el grado de desarrollo alcanzado en los compromisos y proyectos previstos en el plan de acción, como los resultados finalmente alcanzados en este período. Muchas gracias, eskerrik asko.

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD (Sr. Gabilondo Pujol): Muy buenas tardes. Dado que el número de objetivos e indicadores es muy cuantioso y muy numeroso, permítanme que, al haberles dejado constancia escrita de toda la documentación, trate de ser, creo que por el bien de todos y porque hay tres comparecencias, lo más rápido posible, que a mí me suele costar.

En primer lugar, he de decir que, todos los proyectos, de los 57 proyectos priorizados, después se han desplegado en un total de 197 acciones que nos habíamos propuesto desarrollar. De esas 197 acciones, en esta presentación doy cuenta de 176, que son las que hemos podido llevar a cabo. Por tanto, hago referencia aquí a las acciones ejecutadas.

Por una parte, como bien ha señalado el Consejero –y no me voy a detener, porque ustedes conocen bien casi todas las acciones, simplemente dejamos constancia aquí, y tengan en cuenta que luego vamos a volver a evaluar los indicadores, con lo cual puede haber una cierta reiteración y trato, por tanto, de ser rápido–, en el ámbito de la salud pública, donde entendemos que la acción ha sido de excepcional, la puesta en marcha –ya lo conocían, estaba ya puesta en marcha– la extensión completa de la cobertura del programa de cáncer del colon al cien por cien de la población y el incremento notable que ha tenido la participación, que ha mejorado notablemente incluso sobre las primeras partes; el programa de prevención de la obesidad infantil, con el inicio del descenso de la prevalencia, por fin, aunque sea todavía de una manera limitada –no voy a detallar–; el tabaquismo, las ayudas para dejar de fumar; el plan de drogas; la Escuela de Salud; más de sesenta y ocho talleres; más de ciento diez mil intervenciones en los centros de salud de consejo sobre autocuidados; el Plan de Acción de Salud Laboral, aprobado por unanimidad por el Consejo Navarro de Salud; y una serie de actuaciones derivadas. Prevención de siniestralidad, con mil ciento cuarenta y seis empresas visitadas; un plan de formación de delegados de prevención novedoso; una campaña de sensibilización sobre la seguridad laboral, que nos hemos visto obligados a aplazar por la campaña electoral, por el adelanto de las elecciones, que ya está preparada y elaborada; el plan de promoción de la actividad y el ejercicio; etcétera.

La constitución del Consejo Interdepartamental, presidido por la Presidenta, que ha impulsado las estrategias interdepartamentales de envejecimiento activo y saludable; el plan de infancia integral de atención a la familia y a la adolescencia; el plan de promoción de actividad física y el ejercicio; el plan de prevención de drogas y adicciones; la Estrategia Interdepartamental de Envejecimiento Activo, con un conjunto de noventa y dos acciones ejecutadas por valor de más de siete millones de euros; la campaña *Mayores en positivo*; el decálogo de buen trato; jornada de buenas prácticas, etcétera.

La atención integral a la infancia, como decía; la extensión del nuevo programa de atención infantil, que pone mucho el acento en la evaluación del riesgo psicosocial, hasta ahora no considerado; la importancia de los talleres de parentalidad positiva; el trabajo en red, etcétera.

El Observatorio de Salud e Intervención Comunitaria, que ustedes ya bien conocen; los estudios de desigualdades; los perfiles de zonas; el refuerzo de la actividad de promoción de protección de la salud, tan callada, de acción de los veterinarios, de los inspectores de medioambiente, con más del 60 por ciento de incremento de las actividades de inspección; el convenio que próximamente se firmará para la unificación de los laboratorios de salud pública con el Ayuntamiento de Pamplona. Estas son algunas de las acciones realizadas en el ámbito de la salud pública, y creemos que marcan un rumbo de interés.

Con respecto a lo que llamamos la estrategia, el gran objetivo de orientar los servicios a la ciudadanía y promover su autonomía, además de trabajar el programa de listas de espera y de los datos, que luego les facilitaré, hay que decir que en esta legislatura se ha puesto en marcha

también el visor personalizado en web, donde cada uno puede ver su situación en la lista de espera; se ha ampliado y se ha hecho más transparente la información web sobre listas de espera; se han puesto en marcha las ayudas al copago farmacéutico; en urgencias, aunque siempre quedan cosas por hacer, se amplió la plantilla en diecinueve profesionales, se hizo una reforma de inversión y ya está elaborado el proyecto para la segunda fase de reforma por un importe de más de un millón de euros, que va a aprobarse muy próximamente y de cuyo proyecto este año ya van a ejecutarse doscientos mil euros.

Además, se han hecho modificaciones funcionales y de los circuitos introducidos, que han empezado ya a dar sus frutos, que luego veremos en algunos aspectos. La reversión de las cocinas; la Estrategia de Humanización, siete comités, ciento noventa y cuatro profesionales implicados, más de ciento cuarenta acciones anuales en temas de humanización; la puesta en marcha de la carpeta personal de salud, con acceso a la informes de historia propia, resultados de pruebas, medicación, registro de las voluntades anticipadas, la posibilidad de realizar trámites y de comunicarse con los profesionales, y próximamente, en estos próximos meses, se va a incorporar también la posibilidad de trasladar las automediciones o los controles de salud de las tensiones y otras variables.

Las encuestas de satisfacción, reiteradas durante tres años, más de cinco mil encuestas cada año en los años 2016, 2017 y 2018; el Decreto de Salud Sexual y Reproductiva y todos sus derivados, que ustedes bien conocen y que han sido presentados en más de una ocasión, y que incluyen, a parte del tema de las ILE en centros públicos, la reproducción humana asistida para mujeres solas y sin pareja; las nuevas prestaciones de disfunción eréctil; la puesta de Transbide; todo el desarrollo de la universalización, con la garantía desde el principio del reconocimiento del derecho; y la aplicación de oficio a todas las personas que teníamos reconocidas ya como inmigrantes del nuevo procedimiento establecido por el Ministerio por el real decreto ley en todo lo relacionado con la muerte digna: la puesta en marcha del Observatorio de Muerte Digna; la descentralización del procedimiento de voluntades anticipadas, que ha supuesto un incremento de más de un 84 por ciento de las declaraciones y su inclusión en esta espera.

Los planes de género; el plan de euskera, incluir un responsable de euskera en el Servicio Navarro de Salud; y diversos trabajos en temas de equidad territorial con nuevos servicios en las áreas; y la elaboración del plan de ordenación de los distritos, que luego concretamente les vamos a presentar.

En cuanto a la atención integrada, que es más conocida, todo el despliegue de la estrategia de crónicos, aquí me detendré menos. Conocen que ya ha cubierto al cien por cien de la población. Se han desplegado los primeros seis procesos, y ya en este año se están poniendo en marcha nuevos procesos de esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, asma infantil y también el crónico patológico infantil y otros procesos.

La Estrategia de Enfermedades Raras elaborada; en el cáncer, la continuidad y garantía de los circuitos de sospecha fundada y la revisión sistemática por las comisiones; en las urgencias, tiempodependientes, nuevos códigos de sepsis, politrauma, parada cardíaca, el tema de los desfibriladores, que conocen, el porcentaje de incremento muy significativo en la revascularización de infartos de ictus, etcétera.

En salud mental: la elaboración del III Plan de Salud Mental, consultas de psicología abiertas a primaria, la prevención del suicidio el programa de intervención precoz en primeros episodios, la apertura de las unidades de larga estancia y de media estancia en el ámbito hospitalario, el plan de mejora de rehabilitación y capacidad funcional, con tres nuevas unidades periféricas de fisioterapia, la derivación directa primaria para determinados procesos, la puesta en marcha de algunas unidades específicas de rehabilitación cognitiva en Ubarmin y la inmediata puesta en marcha de la unidad de rehabilitación cardíaca, que se va a poner las próximas semanas.

En atención sociosanitaria, el despliegue ha sido algo menor, pero se ha puesto en marcha en la comarca de Tafalla, está definido el modelo de atención y se ha hecho un intenso programa de atención en centros residenciales, se ha generalizado la atención farmacéutica y recientemente se ha suscrito un convenio con Lares para garantizar la atención sanitaria.

En paliativos, aparte de los temas ya comentados, la extensión del programa a pacientes no oncológicos y la creación, como decía, del Observatorio de Muerte Digna.

La estrategia de seguridad, como veremos con los indicadores, está dando unos resultados muy llamativos en reducción significativa de la infección nosocomial hospitalaria, en reducción de sepsis y en el uso racional de antibióticos, que luego comentaremos. El uso racional del fármaco, elaborado el plan; reducción de pacientes polimedicados; extensión de la receta electrónica, tanto primaria como especializada; ciento veinticuatro mil recetas de estilo de vida emitidas; alternativas a la hospitalización, con la triplicación de la hospitalización a domicilio; el incremento de estancias en hospital de día médico y la tasa de ambulatorización quirúrgica; la adecuación de conciertos y convenios, prorrogado el convenio con la CUN pero no renovado para la asistencia sanitaria; internalización de servicios varios, conocen muchos de ellos, aparte de los de salud mental; otros servicios de rehabilitación, cirugía general, etcétera; el plan de eficiencia energética y el plan de gestión de residuos; la ordenación del trasporte sanitario, el consenso del modelo, la propuesta de decreto foral, el incremento de ambulancias, aunque desgraciadamente no ha sido posible, como bien pudimos exponer recientemente, la de internalización, pero sí al menos la integración de la asistencia con la atención de urgencia, que consideramos un logro importante y su dependencia del Departamento de Salud.

El refuerzo de la atención primaria; la elaboración de la estrategia; los refuerzos de la plantilla en más de cien profesionales, de hecho treinta de ellos son médicos, y este año se prevé otros treinta más; inversiones en atención primaria; dotación de ecógrafos, etcétera, radiología; atención sanitaria en el medio rural, el servicio de urgencias comarcal de Tafalla, que, como se comentó, el día 1 de abril se pone en marcha; la urgencia de Buztintxuri; en el tema de las urgencias, la reducción progresiva del tema de las microguardias, etcétera.

La dotación de vehículos para los PAC; el nuevo laboratorio unificado, cuya licitación por valor de ocho millones ya está autorizada, que libera los espacios del Navarrabiomed para la investigación, que era su destino previo; el plan de inversiones, que no puedo detallar, pero que ha supuesto un incremento de un 46 por ciento de las inversiones y que ha dado fruto a un montón de grandes renovaciones, a la apertura de los quirófanos, etcétera.

La generalización al cien por cien de la contabilidad analítica, el control y seguimiento presupuestario, dos años, que son casi excepcionales, sin ninguna desviación presupuestaria de ningún tipo, una media de desviación global de 0,4, un incremento revirtiendo los recortes establecidos, etcétera.

El uso racional de material sanitario, la compra centralizada en un 40 por ciento, planes de mejora en todos los centros, cien por cien de servicios con contratos de gestión; desarrollados cuarenta procesos con criterios integrados de atención entre primaria y especializada, donde se han implicado al menos veintisiete especialidades; sistemas de información y evaluación; desarrollo progresivo de la historia clínica única con herramientas que ya permiten a los pacientes crónicos disponer de una herramienta única; cuadros de mandos y paneles de control clínicos para que los clínicos puedan seguir y evaluar su propio trabajo directamente, sin necesidad de tener que recurrir… no son sistemas diseñados para controlar al profesional, sino que son sistemas diseñados para que el propio profesional pueda gobernar su propio trabajo clínico, orientados al paciente y que permiten llegar hasta la historia clínica del propio paciente.

En tema de investigación y desarrollo, conocen bien, la acreditación del IdiSNA; la integración de la UPNA y el control público; la configuración de Navarrabiomed como un centro mixto de investigación sanitaria pública con la UPNA y con el Departamento de Desarrollo Económico; el plan estratégico, etcétera. Se ha multiplicado por 2,5 la inversión en investigación.

En cuanto a participación profesional y comunicación, lo ha detallado ya el Consejero y, por tanto, no me extenderé. Si cabe decir que por primera vez desde hace muchos años se han hecho encuestas de satisfacción a los profesionales, y, además, en dos años consecutivos, y se han conseguido mejoras, ligeras, eso sí, pero se observan y nos permiten evaluar las áreas de mejora. Se ha realizado también una campaña para fomentar las relaciones saludables entre médicos y pacientes.

En docencia, se ha incrementado el presupuesto en un 53 por ciento, con una orientación de toda la docencia a los objetivos estratégicos del Plan de Salud. Por ejemplo, en el año 2018, se hicieron 864 cursos con 13.102 asistentes. El plan específico de formación por primera vez ha incluido TCAE, celadores, administrativos, etcétera. Se han desarrollado también nuevos másteres y expertos en gestión clínica y en salud sexual con la UPNA, pactos y objetivos. En calidad del empleo –esto no se ha acabado–, se han convocado 1.265 plazas en la OPE, frente a las 145 de la legislatura pasada; se han consolidado 515 plazas; se ha alcanzado el acuerdo sindical de contrataciones, etcétera. Se han formalizado convenios con La Rioja, con el País Vasco y con Aragón, y también convenios con colegios profesionales y asociaciones.

En definitiva, por lo que tiene que ver con el plan de acción, las acciones que nos habíamos comprometido a realizar, consideramos que hemos realizado con satisfacción razonable ciento setenta de las ciento noventa y seis.

En cuanto a las metas de resultados, hay que decir cuál es la metodología de evaluación de resultados, que es distinta de la evaluación de acciones. En las acciones es si se han hecho o no se han hecho. En la evaluación de resultados, la metodología que se emplea es la misma metodología que se aplica en la evaluación de resultados a los profesionales sanitarios. A

modo de ejemplo, si en las listas de espera la situación inicial era que había 67 días de espera media, y el objetivo era llegar a 35 y hemos llegado a 40, quiere decir que preveíamos reducir a 32 días la lista de espera, y hemos reducido a 27. Por tanto, se ha logrado un 84 por ciento de cumplimiento del objetivo. No es que como no se ha llegado a 35, no se ha cumplido; se ha cumplido en un 84 por ciento.

Siguiendo con ese criterio, en la documentación que les he dado están todos los indicadores –creo que falta solo uno o dos– de todos los que nos comprometimos a desarrollar. En el ámbito concreto de las listas de espera, por su gran importancia, me voy a extender. Estos son, los primeros de salud; el cáncer, ya lo hemos comentado; en el fumar, se ha reducido tres de los cinco puntos que habíamos previsto en la tasa de fumadores; en la obesidad infantil, ha empezado a bajar, y además, se ha generalizado en los centros el control del programa básico de obesidad; y en los de alta prevalencia, se ha hecho un programa específico.

Por otra parte, en la atención integral a la infancia se ha desarrollado ya, en el 56 por ciento de los equipos, el nuevo plan; la evaluación del riesgo psicosocial se ha hecho en el 72 por ciento de los niños de menos de 5 años. En cuanto a la valoración de la capacitación de los cuidadores, no hemos conseguido tanto, hemos conseguido identificar, eso sí, al cuidador principal en el 75 por ciento de los casos, pero todavía estamos en un 26 por ciento de pacientes pluripatológicos de los que estamos controlando, y formando, y cuidando al cuidador.

En cuanto a los tiempos de espera, como les decía, en febrero del 2015, había 52.057 pacientes en lista de espera, y en este febrero, hay 33.800. Había 67 días de espera media, y ahora hay 40 días de espera media y 20 días de espera media para las preferentes. En los tiempos medianos de espera de las pruebas especiales nos habíamos marcado el objetivo de 35, pero partíamos de 82. Por ejemplo, los tiempos de espera medios de la resonancia eran de más de 108 días, y en este momento, el tiempo medio global de espera de las pruebas es de 37 días. El tiempo medio de espera quirúrgica era de 90, y nos comprometimos a que estuviera por debajo de 100 días. Al principio, dijimos menos de 9.000 o mantenernos en los 9.000, porque pensábamos que al crecer mucho la actividad de consultas para reducir la lista de espera iba a aumentar la lista de espera quirúrgica. Lejos de eso, hemos conseguido reducir la lista de espera quirúrgica gracias, como ha dicho el Consejero, al incremento tan notable de 12.000 intervenciones quirúrgicas más realizadas. Ahora, en este momento, tenemos 7.680. Es verdad que hay que comparar mes a mes, el mismo mes del mismo año. No estamos comparando ni junio, ni diciembre, que son los habituales. Por otro lado, también hay que decir, para los escépticos, que está medido de la misma manera, con la misma metodología exactamente y por los mismos técnicos, que seguirán midiéndolo para el siguiente Gobierno.

Por otra parte, cabe decir también que los tiempos medios de atención de la urgencia hospitalaria se han mantenido. No hemos conseguido el objetivo de reducir los tiempos medios hasta la atención salvo en los casos más severos. En los casos severos sí lo hemos conseguido; hemos reducido no solo el tiempo de la urgencia tipo 1, que es inmediato, sino también el de la urgencia tipo 2. El conjunto del tiempo para ser atendido no se ha reducido, pero sí se ha reducido muy recientemente, gracias a los nuevos circuitos, el tiempo total de permanencia en urgencias, eso sí, solo en catorce minutos, pero se ha empezado a reducir.

Se han empezado a aplicar consultas de alta resolución en veinticuatro especialidades, aunque todavía de una manera limitada; treinta y ocho consultas autónomas de enfermería. Ha aumentado la satisfacción de los pacientes, como hemos comentado, comparada con la satisfacción del año 2010, que es la última vez que se hizo una encuesta de satisfacción. Entonces, la satisfacción global era de 8,14 y en este momento ha sido de 8,6. Se ha puesto en marcha la Estrategia de Humanización. Queríamos que el 75 por ciento de los comités tuvieran incorporación de ciudadanos y solo hemos conseguido que la tenga el 39 por ciento; el 30 por ciento de IVEs en vez del 50 pretendido, etcétera.

No hemos puesto en marcha la ley foral de salud, que era otro de los objetivos, y por tanto, ahí tenemos un cero. Se ha cumplido la estrategia de crónicos, el porcentaje de crónicos severos con diagnóstico integral no lo hemos cumplido más que en un 40 por ciento. Sí hemos cumplido los diagnosticados por cáncer. Tampoco hemos cumplido el extender el programa de atención sociosanitaria al 30 por ciento en las zonas básicas, nos hemos quedado en el 9, y el de programas paliativos también solo en un 25 por ciento.

Con respecto a lo que tiene que ver con innovación, etcétera, el cumplimiento es bastante alto. Ahí destacaré lo que hemos señalado, que el 20 por ciento de los servicios acreditan y hemos logrado el 80 por ciento programas de mejora, etcétera. No me voy a extender porque ahí tienen toda la evaluación.

Tenemos algunos ceros, tenemos algunos veintes, tenemos algunos cuarentas, pero tenemos también muchos cienes. Por ejemplo, la reducción de la tasa de eventualidad. Queríamos reducirla en un 20 por ciento, y la hemos reducido: hemos pasado del 45 al 38. No hemos reducido más, pero hemos pasado del 45 al 38, y como hemos dicho, hemos incrementado la OPE 1285 plazas. La duración media de los contratos se ha duplicado, hemos pasado de 27 días a 58. Respecto a los pacientes plurimedicados, no hemos cumplido más que el 25 por ciento. En cuanto a las consultas de recetas de estilo de vida, solo hemos cumplido el 20 por ciento del objetivo. En la tasa de los procesos que se resuelven en atención primaria, no hemos conseguido reducir las derivaciones de atención primaria a especializada, es más, se han incrementado en un 5 por ciento. Consideramos que esto es debido al efecto rebote producido por la bajada de las listas de espera. Está muy acreditado que cuando bajan las listas de espera, sobre todo, después de haber estado en cifras tan altas, se tiende a incrementar la derivación. Tampoco hemos conseguido implantar de manera satisfactoria el modelo de atención en el medio rural, aunque sí hemos empezado a dar medidas en ese sentido y los convenios se han hecho.

En global, y para acabar, la valoración que presentamos a continuación, que trata de ser rigurosa, entiendo que siempre es discutible, sobre todo, la evaluación cualitativa, pero sí que les diré que hemos cumplido, como les decía, ciento setenta de las ciento noventa y siete acciones previstas. Por tanto, el porcentaje de cumplimiento de la ejecución del plan de acción ha sido del 86,4 y el porcentaje del logro de los resultados, porque ahí no podemos hablar de cumplimiento sino del logro, ha sido del 73,9. En global, por tanto, entendemos que la evaluación se corresponde con un 80,2. Otra cuestión que puede haber es que a algunos les parezca que algunos objetivos son más importantes que otros. Obviamente, eso es imposible

de ponderar, y cada uno lo ponderaríamos de una manera diferente, pero esta es la valoración que podemos hacer. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra la señora Chivite.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Gracias, Presidenta. En primer lugar, Consejero y Director General, muchísimas gracias por las explicaciones. Empezaré haciendo una evaluación del fondo y de la forma. A mí me parece que las formas en política también son importantes. Quiero agradecer al Consejero y a todo el equipo en general el buen talante que han tenido durante toda la legislatura. Hemos podido discrepar en momentos puntuales, pero siempre han estado dispuestos a dar explicaciones, a llamar, a intentar aclarar situaciones, etcétera. Por lo tanto, en cuanto a la forma, sinceramente agradecemos las buenas formas de esta consejería en general, de todo el equipo.

Bajo nuestra opinión, esta legislatura, en materia sanitaria, ha pasado sin pena ni gloria, sinceramente. Esta consejería, junto con la Consejería de Educación, han sido las únicas que no han planteado ni una sola iniciativa legislativa en toda la legislatura, y eso dice mucho. No digo que ustedes no hayan trabajado, y a la vista está que han hecho muchas cosas, pero como digo, ni una sola iniciativa legislativa a este Parlamento.

Como bien han dicho, han hecho alusión a ese compromiso que tenían de traer la ley foral de salud, aprobado por unanimidad de esta Comisión, y que ustedes, al no querer salir de ese corro de veintiséis, han preferido no traerla a este Parlamento, y eso que usted mismo, en esa comparecencia del 15 de septiembre de 2015, se comprometió a –y leo literalmente– pactar con las distintas formaciones políticas las principales leyes y decretos a desarrollar en los próximos años con el objetivo de lograr el más amplio consenso.

A este grupo jamás nadie le ha llamado para hablar de ningún decreto, y se han sacado unos cuantos. Por lo tanto, otro de los objetivos cumplidos. Es verdad que yo he hecho repaso, no tanto del plan de acción de marzo del 2016, sino de la primera comparecencia del Consejero del 15 de septiembre del 2015. Usted planteaba –y lo plantaba en su primera comparecencia–, que la valoración de los ciudadanos de la sanidad navarra era buena, pero que también era cierto que los sucesivos barómetros sanitarios reflejaban que se había perdido liderazgo y que había aumentado la población que se mostraba insatisfecha con el sistema, y me remito a sus propias declaraciones.

En el año 2015, se encontró con una valoración del barómetro sanitario de un 7,38, y la última valoración del barómetro sanitario del 2018 es de un 7,1. Por lo tanto, la percepción ciudadana es peor ahora que cuando usted se la encontró, y me remito a los mismos datos que usted trajo aquí cuando vino a su primera comparecencia parlamentaria. No estoy usando otros indicadores, los que usted trajo en su primera comparecencia parlamentaria.

Hablaba también de las listas de espera y también habla en su comparecencia del ejercicio efectivo de los derechos de ciudadanía. La ciudadanía navarra tiene derecho al cumplimiento de la ley de garantías de espera, una ley que no se cumple, no se cumplía en la legislatura pasada y sigue sin cumplirse esta legislatura. Me llamó muchísimo la atención que ayer la

señora Presidenta, en su desayuno del Foro SER Navarra, lo único que dijo de Salud –porque creo que hay logros que hay que contar, porque los hay– es la mejora de los datos de la lista de espera. ¡Una pena!, porque yo también cojo los datos de la lista de espera de febrero del 2019 y prácticamente la mitad de las especialidades no cumplen con la ley de garantías de espera, por no hablar de las especialidades que no están incluidas en la ley de garantías de espera, porque de esas, ninguna cumple con los treinta días.

Yo reconozco que los datos de lista de espera han mejorado, pero usted se comprometió al ejercicio efectivo de los derechos de la ciudadanía, y un derecho de la ciudadanía es el cumplimiento de la ley de garantías de espera, cuestión que no se cumplía en la legislatura pasada y sigue sin cumplirse en esta legislatura, e incluso supera en algunas especialidades más de cien días de espera para una primera consulta. Por lo tanto, me parece que en ese sentido no hay que sacar pecho. Reconozco que se han mejorado los datos, pero que aquí presente unos gráficos del número de personas que esperan… me parece que los datos no son esos, los datos son los días de espera, que es la ley de garantías, los días de espera, no el número de personas que esperan. Por lo tanto, en ese sentido, sacar pecho, ninguno.

En su primera comparecencia comentaba también la insuficiencia manifiesta de las inversiones que han supuesto una descapitalización del sistema. Si de algo ha adolecido esta legislatura, no solo digo en el ámbito sanitario, sino en general, es de la falta de inversión. Usted ha dado unos datos que no se corresponden con los datos que tengo yo. En el año 2019 nos encontramos con una raquítica inversión de veintiséis millones de euros, y yo lo único que he hecho es revisar los informes de salud. Legislatura 2011-2015: ciento veintiséis millones de inversión. Legislatura 2015-2019 –y voy a inversión real, aunque es verdad que las últimas no las tenemos–: ciento veintidós millones. Por lo tanto, no sé de dónde se saca un cuarenta y tantos por ciento más de inversión. Voy a los propios datos que publica el Servicio Navarro de Salud de inversiones reales. Todos los años se revista, y eso, por lo tanto… Si usted hablaba de falta de inversión y descapitalización, esta legislatura creo que se ha seguido ahondando en la descapitalización del sistema. Me parece que sería necesario un plan de inversiones que mire al futuro, porque creo que el deterioro y la falta de inversiones, no solo de esta legislatura, sino de la legislatura anterior, son más que evidentes.

Denunciaba también el incremento de los conciertos. Yo no lo he puesto jamás en cuestión, yo siempre he dicho que se ha mantenido un porcentaje de conciertos en torno al 6 por ciento, independientemente de quién haya gobernado en esta Comunidad. Creo que son los datos más bajos de todo el Estado, o más o menos, andaremos por ahí. Como digo, en su primera comparecencia, denunciaba el incremento de los conciertos. Consejero, todos y cada uno de los presupuestos que usted ha traído a esta Cámara a lo largo de esta legislatura han venido con incrementos presupuestarios en la partida de conciertos, todos y cada uno de los presupuestos. Último dato, del año 2018, cincuenta y tres millones; dato 2019, cincuenta y seis millones. Un total de tres millones de euros más de un año a otro, más o menos, una media de crecimiento de un millón de euros anuales, y he revisado todos los presupuestos.

Se comprometió también a impulsar la formación y la investigación. Aquí tengo que decir que creo que el gran logro de esta legislatura en materia sanitaria es el IdiSNA. Haber conseguido ese acuerdo entre las dos universidades, el Complejo Hospitalario, haber conseguido crear,

pero, sobre todo, haber conseguido acreditar el IdiSNA creo que es el logro que debieran vender de esta legislatura. Creo que se han puesto unos buenos mimbres para el avance en esta materia, creo que todo lo que tiene que ver con la investigación ha estado bien planteado, pero lo que tiene que ver con formación, no, para nada. Un total de ochocientos mil euros en formación en el último presupuesto. A mí sinceramente, Consejero, me parece que se ha dejado de lado todo lo que tiene que ver con la formación.

Podríamos hablar de otros objetivos que usted planteó. Reducir las desigualdades en salud. Creo que en salud pública también se ha hecho importante esfuerzo, se ha creado el Observatorio de Salud, pero no hemos reducido las desigualdades en salud. Creo que se ha planteado cómo lo vamos a hacer, pero por ahora… Se han planteado indicadores, creo que el observatorio fue una muy buena iniciativa, pero las desigualdades no se han reducido.

Reducir las desigualdades en el acceso a los servicios teniendo en cuenta las zonas rurales. Creo que incluso puede que hayamos ido a peor en ese sentido, y pongo como ejemplo el tema de la pediatría, un problema heredado que se ha agravado a lo largo de esta legislatura. En salud laboral, no digo que no se haya trabajado en el ámbito de la salud laboral, ni que no se hayan puesto más recursos en el ámbito de la salud laboral, pero si vamos a objetivos en salud, creo que en el ámbito de la salud laboral hemos empeorado, y muchísimo. Solo en cuanto a los datos de siniestralidad laboral, Navarra lidera los datos de siniestralidad laboral, el crecimiento en siniestralidad laboral.

Se hablaba también del estudio de la publificación de las contingencias profesionales, del cual nada sabemos. Hablaban también del compromiso de la atención paliativa en todas las patologías, otro de los compromisos no cumplidos. Hablaba de la reforma y atención primaria y continuada y urgente, ¿dónde está? Además, en esta Comisión usted adquirió el compromiso de no reducir ningún punto de atención continuada. Compromiso incumplido. En Olite van a quitar un punto de atención continuada. Lo veremos el día 1 de abril, porque como su solución sea poner una enfermera a hacer noches de urgencia, no me parece que sea una buena solución, sinceramente.

¿Realmente ha habido una apuesta por la atención primaria? El peso presupuestario de la atención primaria: mínimos históricos, un 14,3 por ciento de presupuesto. Por lo tanto, no ha habido realmente un compromiso presupuestario por la atención primaria.

Promoción en salud, muy bien, creo que se ha trabajado bien en este ámbito.

Adecuación de los roles profesionales a los nuevos modelos y necesidades. No se ha modificado el Decreto 347/1993, de provisión de puestos, no se ha modificado nada en materia de perfiles profesionales. Por lo tanto, todo lo que tiene que ver con personal, objetivo incumplido. Voy terminando. Un minuto, por favor.

La tasa de temporalidad. Datos de la Cámara de Comptos…

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Señora Chivite, lleva ya un minuto.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: …ha pasado del 51 al 55 por ciento. Y termino. Por no hablar del gasto farmacéutico: treinta millones de euros más desde el inicio de la legislatura hasta ahora.

Podría seguir repasando objetivos. Termino. Creo que hay muchos retos no conseguidos, pero otros que sí que se han conseguido, que son más importantes. Me parece que los objetivos debieran ser ponderables. El IdiSNA es un buen objetivo conseguido y un buen logro.

Seguimos teniendo pendientes las mismas cosas que ya heredamos de las legislaturas anteriores: políticas de personal, gasto farmacéutico, atención primaria, espacio sociosanitario, inversión, trasporte sanitario… Como digo, y termino, objetivos no cumplidos. Ha habido más dotación presupuestaria, pero esto no significa que a mejor, porque los ciudadanos nos han dicho que perciben que su sanidad está peor. En todo caso, agradezco las formas a largo de toda la legislatura. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra la señora Ganuza, por parte de UPN.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, queremos agradecer al Consejero y al equipo que le acompaña las explicaciones de hoy, bueno, las explicaciones y la disponibilidad de todo el equipo de Salud durante esta legislatura. Terminada esta legislatura, hemos visto qué ha sido de su primera comparecencia, rebosante de objetivos y líneas de trabajo para una legislatura que daba sus primeros pasos. Ha habido logros, pero quedan muchos pendientes. Como ha dicho el señor Gabilondo, el balance global es discutible, y muy discutible.

Prometió una nueva forma de gestión sanitaria, diálogo y participación de los profesionales sanitarios, pero, señor Consejero, el balance de quejas, reivindicaciones de los trabajadores, sindicatos, demuestran que no ha sido así. Padecemos un deterioro paulatino de la sanidad y, sobre todo, y muy importante, de la motivación de los profesionales. Recordemos la sarta de dimisiones y ceses en el departamento, el desapego incluso de los profesionales hacia las gestiones del departamento.

Afortunadamente, estas circunstancias se han compensado gracias al sobreesfuerzo de los profesionales sanitarios en la práctica, que poco se han preocupado de estos trabajadores al límite. ¿Cómo iban a cumplir todo su acuerdo programático con la escasez de profesionales que ha habido y que sigue habiendo en atención primaria y especializada? Son estos el fundamento de la sanidad navarra. El menoscabo que han sufrido muchos profesionales sanitarios por parte de su departamento ha sido clamoroso, sobre todo, en atención primaria. Le recuerdo: sobrecarga laboral, contratos basura, en muchos casos sin sustituciones por bajas ni vacaciones, las contrataciones no se atienen a sus mejoras para la atención primaria.

Sí que ha habido ampliación de plantilla, pero ha sido de una forma muy desequilibrada. Ha ampliado mucho las plazas de administración, de servicios generales, pero poco de los profesionales sanitarios. Los profesionales trabajan con escaso tiempo para garantizar una adecuada atención al paciente crónico. Hay colapsos y demoras en las consultas de atención primaria y especializada. Aumento de las tareas burocráticas. En el medio rural no ha reducido las desigualdades territoriales, no ha cumplido con los principios de accesibilidad y equidad que caracterizan a la atención primaria, tampoco ha sabido readaptar el primer nivel asistencial a las demandas de una población cada vez más envejecida y con un volumen creciente de problemas crónicos de salud. Su ausencia de una política de personal ha sido

incapaz de atraer, captar y fidelizar a los profesionales. Las plazas de difícil cobertura necesitan una normativa específica. Le recuerdo que las condiciones laborales de nuestros profesionales son mucho peores que las de las comunidades limítrofes.

Se comprometió a recuperar la gestión pública de servicios privatizados o externalizados, sin embargo hemos padecido un aumento de derivaciones, conciertos y privatizaciones, con el consiguiente incremento de gasto. Prioritario reducir las listas de espera. Han sido incapaces de hacerlo, ni en número de pacientes, ni en tiempo de espera. Han aumentado en muchísimas especialidades con fecha de 31 de enero en cirugía, oftalmología y trauma, hasta en Estella, señor Consejero, que las cifras hasta ahora habían resultado aceptables. En primera consulta también han aumentado, pero lo que es más grave es que, a fecha 31 de enero, haya seiscientas cuarenta y seis personas que lleven más de seis meses esperando una intervención quirúrgica. Como ha dicho la anterior portavoz, la ley de garantías no se cumple.

En cuanto a la ley foral de salud, ya ha explicado que está entre los retos pendientes. La siniestralidad laboral. La salud mental ha sido la gran abandonada esta legislatura. La atención sociosanitaria tampoco está garantizada, ya lo ha dicho, ni la atención paliativa a todas las patologías y en toda Navarra, como se comprometió. Tampoco han implementado nuevas unidades funcionales.

Podría continuar enunciando más promesas incumplidas del departamento, pero le quiero decir que ha tenido un aumento de presupuesto, doscientos noventa y cinco millones respecto al 2015, pero eso no se ha traducido en mejora de calidad, ni en la atención sanitaria, ni tan siquiera han mantenido los servicios que recibieron de UPN, que tanto critican. Su política ha sido continuista, basada en los fundamentos que recibieron de la legislatura anterior. Han incrementado las debilidades del sistema a las que usted hizo mención el primer día. El cambio prometido por el cuatripartito ha sido perjudicial para Navarra. Con esto no pretendido hacer una diatriba, señor Consejero, es que nuestros médicos se van de Navarra. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Tiene la palabra el portavoz de Geroa Bai, el señor Eraso.

SR. ERASO SALAZAR: Gracias, señora Presidenta. Señor Consejero, ¿qué han hecho en cuatro años? ¡No han hecho nada! Si se oye a la señora Ganuza, no han hecho nada. Es increíble. Por lo menos, la señora Chivite, que cumple su papel y es muy conocedora del tema de salud, critica lo que no se ha hecho, pero valora lo que sí se ha hecho. En cambio, en Unión de Pueblo Navarro se va a los cerros de Úbeda, y no se ha hecho nada, y son ustedes los primeros que han dicho las cosas que no se han hecho y las cosas que no se han cumplido, que no se han podido cumplir, y en los porcentajes en que no se han cumplido. Son distintas maneras de entender una comparecencia.

Este balance o esta evaluación que nos han hecho de esta legislatura habla de unos objetivos estratégicos basados en dos ejes, promover la salud de la Comunidad y reducir las desigualdades de salud y garantizar un sistema sostenible de calidad que responda a las necesidades, y creo que esa ha sido la base del trabajo de esta legislatura. Priorizar la promoción de la salud, desarrollar políticas intersectoriales de salud y equidad, orientar los

servicios a la ciudadanía, pretender dar una atención integral, eficiente, trabajando la innovación y participación profesional y social. Eso lo han dicho ustedes en sus explicaciones.

El señor Gabilondo, nos ha dicho en plan máquina de tren todos los objetivos cumplidos, de los que difícilmente se podía tomar nota. Ya los iremos viendo luego en la información. Asimismo, ha dicho los parcialmente cumplidos y los incumplidos. Si se aprobaron en el acuerdo programático veintinueve compromisos y se han cumplido veintidós, creo que el porcentaje de cumplimiento es alto, evidentemente no a satisfacción de los grupos de la oposición, pero el porcentaje es alto, y el trabajo ha sido arduo.

Dentro de lo que es la estrategia de sanidad, hay cosas más entendibles por parte de la ciudadanía. Ha habido una reducción de las listas de espera; eso es cierto. Ha habido una mejora de la calidad asistencial en atención primaria, con la puesta en marcha de ecógrafos en los centros de salud, los equipos de radiología, las inversiones en consultorios nuevos y en mejora de otros consultorios ya existentes; ahí está Murchante, San Adrián, el consultorio de Ribaforada. Se ha hecho una oferta pública de empleo de mil doscientas sesenta o mil doscientas sesenta y cinco plazas, que comparado con las ciento cuarenta y tantas de la legislatura anterior, es una diferencia notable. Tenemos el copago farmacéutico, que es una de las reversiones que se han hecho. La internalización de servicios. Por cierto, en el tema de la internalización de las cocinas hospitalarias, el grado de satisfacción de las pacientes y de los pacientes, de los usuarios y las usuarias de ese servicio, es bastante más alto que cuando prestaba el servicio esa empresa privada con la que contrató y concertó Unión del Pueblo Navarro.

Está el Decreto Foral de Salud Sexual y Reproductiva. Ha habido un incremento de presupuesto en los años 2017 y 2018. Está el cien por cien de la cobertura integral a los pacientes crónicos y pluripatológicos, la detención precoz del cáncer de colon también, que da cobertura a un cien por cien. El incremento muy alto de hospitalización domiciliaria, que también es un tema que satisface a la ciudadanía. Ha crecido de inversión en I+D+i; ahí está, y se ha comentado, hay el tema Navarrabiomed y el tema del IdiSNA, que son dos éxitos del departamento. Y luego, las mejoras que se han podido producir, o que se han producido, de hecho, en el Complejo Hospitalario de Navarra, y en lo que a mí más me toca, en el área de salud de Tudela. Aquí siempre se habla del tema de la Ribera, es muy recurrente, pero en estos cuatro años, el hospital Reina Sofía y el área de salud de Tudela creo que ha sufrido una mejora que es incuestionable, y también se han hecho mejoras en el área de salud de Estella.

Por lo tanto, ¿quedan cosas por hacer? Seguro. Nosotros lo sabemos y sabemos que el departamento lo sabe, muchas cosas por hacer, pero son cosas que se irán haciendo con tiempo, y ojalá las vayamos haciendo los mismos que estamos, en la próxima legislatura. Pero que se han hecho cosas, es incuestionable. Por mi parte, agradezco la información, y hasta la próxima comparecencia, señor Consejero.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Tiene la palabra la señora Ruiz por un espacio de diez minutos.

SRA. RUIZ JASO: Gracias, señora Presidenta. Intentaré ajustarme a los tiempos, vista la hora que es. En lo que no voy a perder el tiempo es en hacer referencia a la intervención de la

señora Ganuza, porque creo que no merece la pena a estas alturas. En primer lugar, agradecemos las explicaciones. Saben que yo, o nosotras, por lo general, no solemos ser excesivamente complacientes, cuando es necesario intentamos mantener un punto de vista crítico, pero la verdad es que la señora Ganuza lo pone complicado, y creo que, en definitiva, le hace un favor al departamento, porque dan ganas de poner en valor las cuestiones positivas e importantes que se han hecho en esta legislatura.

Hacemos un balance positivo en algunas cuestiones, y creo que a la vista están hitos importantes, que se han comentado también por parte del Partido Socialista y de Geroa Bai. Hacemos un balance no tan positivo en otras cuestiones, y lo intento explicar brevemente. Creo que cuando se hace un balance también tendemos a comparar, de alguna manera, esta fase y esta legislatura con respecto a de dónde veníamos, a la etapa anterior. Veníamos de una legislatura fundamentada en los recortes, en privatizaciones, en una gestión prepotente y de desprecio absoluto, no solo a profesionales y a personas usuarias, señora Ganuza, sino también a los grupos políticos que aquí hacíamos nuestra labor de oposición. Creo que es algo en lo que al menos –coincido con la señora Chivite– sí podrían reconocer talante dialogante, no solo con el ámbito profesional, sino también con el ámbito político, y es algo de agradecer. Venimos de intentar reformas sin ningún tipo de consenso y venimos de una época en la que se funcionaba de una manera, manteniendo determinados privilegios a determinados colectivos y determinados sectores. De ahí venimos.

Por tanto, desde ese punto de vista, vemos diferencias claras. Decía que hay cuestiones en las que se ha avanzado, y creo que se ha avanzado en intentar construir un modelo diferente en relación, por ejemplo –y no voy a reiterar todo lo que ha comentado el señor Gabilondo–, con cuestiones que para nosotras, y como EH Bildu, son importantes. Se ha avanzado un modelo diferente de salud sexual y reproductiva, y creo que a la vista está no solo la creación de TRASVIDE, no solo la aprobación del Decreto de Salud Sexual y Reproductiva, con la reconversión de los centros de salud sexual y reproductiva. El tema de la interrupción voluntaria del embarazo, el tema de la no discriminación en lo que respecta a la reproducción asistida. Creo que son muchas cuestiones que ponen en evidencia el modelo diferente, y para nosotras, eso es importante.

Se habla de privatizaciones o no. Algunos datos. Todos los navarros y las navarras pagábamos cinco millones de euros para que un colectivo concreto de una universidad y una clínica en concreto se pagara la asistencia sanitaria. Se ha democratizado y ahora todos y todas pasamos al sistema público de salud. Por tanto, eso es un dato.

Estamos a las puertas de tener un grado público de Medicina. Pruebas concretas, como las densitometrías, que antes eran monopolio exclusivo de una entidad en concreto, se hacen en lo público. Implantes cocleares, por ejemplo. El tema de las cocinas hospitalarias. La señora Ganuza puede pasar por encima de todas esas cuestiones, pero creo que volver a tener unas cocinas públicas con el índice de satisfacción –del que no se ha hablado hoy– y la percepción que tiene la ciudadanía por parte de la calidad de la comida que se sirve en el Complejo Hospitalario de Navarra, creo que también es algo a poner en valor. Por lo tanto, privatizaciones o derivaciones, más de las que nos gustaría, eso se lo aseguro, pero que ha

habido una tendencia a las privatizaciones, eso literalmente puedo decir que es mentira o que no es verdad, cualquiera de las dos.

Nosotras también queremos poner en valor el trabajo que se ha hecho desde el Instituto de Salud Pública y Laboral. Creo que todo lo relacionado con el tema de la promoción de la prevención en salud, la apuesta por la salud en todas las políticas, creo que es un tema que iremos viendo a largo de los próximos años. Efectivamente, la salud en todas las políticas es acción de gobierno. No corresponde ni estrictamente al Departamento de Salud, ni a la Salud Pública. Nosotras ahí entendemos que hay un reto fundamental, que vamos a tener que acabar haciendo informes de impacto en salud de los principales proyectos de ley del Gobierno, y es algo que volvemos a poner encima de la mesa, porque creo que es necesaria la implicación del Gobierno, porque la salud no se hace solo desde Departamento de Salud. Todas las medidas que adopta un Gobierno, incluidas las reformas laborales y determinadas normas y determinadas decisiones en muchos ámbitos que no solo tomamos en Navarra, tienen incidencia directa en la salud.

Por tanto, creemos que esa perspectiva, esa voluntad que ha habido, el Consejo Interdepartamental, el tema del observatorio, cuestiones que ya se han citado, creemos que son grandes aciertos que marcan el avance en un modelo sanitario mucho más allá de lo asistencial y más relacionado con la prevención y con la promoción de la salud. También el peso de lo público en la investigación.

Yo también coincido con la portavoz del Partido Socialista, creo que el hito de haber acreditado el IdiSNA, creo que el plan estratégico Biomed, creo que la inversión mucho mayor que se ha hecho en lo relativo a la investigación también establece unas bases sobre las que se puede tirar y se debe tirar a lo largo de los próximos años, y de lo que vamos a ver sus frutos, y creo que en el tema de la equidad también, en el tema de la universalidad de la atención, con pequeños matices, que luego, si tengo tiempo, comentaré, pero al menos la voluntad política de hacerlo así. El tema del copago farmacéutico, el tema del modelo territorial, al que nos referiremos también en la próxima comparecencia. Creo que todo ello muestra un modelo diferente de cohesión territorial y de equidad territorial.

Hay otras cuestiones en las que la legislatura se nos ha quedado corta, efectivamente. Ustedes hablan, y lo tienen recogido, de compromisos parcialmente cumplidas e incumplidos. Algunos elementos que aquí aparecen eran un empeño también específico por parte de EH Bildu. Creemos que, por ejemplo, con el tema de salud laboral no ha habido ni voluntad ni ambición política en ningún caso de acometer esta cuestión. Creemos que es absolutamente ilógico, absolutamente anacrónico, mantener un sistema dual donde la salud de los trabajadores y las trabajadoras está dirigida por entidades patronales que son privadas, que tienen otros intereses, y creemos que la tendencia, tal como se ha hecho en Europa a lo largo de las últimas décadas, tiene que ir en otra dirección y tiene que haber una integración progresiva de la salud laboral de los trabajadores y las trabajadoras en la salud pública. Lo único que se pedía en el acuerdo programático era analizar exhaustivamente esta cuestión y creo que aquí no ha habido ningún tipo de voluntad. Nosotras seguiremos insistiendo en esa cuestión.

Se ha hablado también de la temporalidad. Hay cuestiones que no están en nuestras manos, efectivamente, la tasa de reposición no está en manos del Gobierno de Navarra. Hay otras

cuestiones que sí pueden estar. Creo que se han adoptado determinadas medidas, pero creo que han sido insuficientes, y la realidad, a día de hoy, sigue siendo triste, sigue siendo de precariedad en muchos de los contratos que se hacen hoy en día en Osasunbidea, y creo que tiene que ser uno de los retos fundamentales en la media de lo posible, de estabilización de plantilla, de mejora de las condiciones laborales y de fidelización y captación de profesionales, sobre todo, en zonas rurales y en zonas de difícil cobertura.

Asimismo, quiero hacer referencia a una cuestión que no es la primera vez que la comento, y es la poca ambición también que se ha tenido, a nuestro juicio, en algo que ustedes también reflejan en los compromisos incumplidos, apostar por la profesionalización de gestores sanitarios garantizando que sean elegidos por mérito y capacidad y también por el mantenimiento –y eso lo tengo que decir– de determinados puestos, determinadas personas en mandos intermedios, sobre todo, que no han tenido implicación con el proyecto de cambio de modelo y con el proyecto de cambio también en el ámbito de la sanidad que planteaba el acuerdo programático y que, en teoría, planteaba este Gobierno.

El señor Consejero hacía referencia a lo que Institución Futuro ha planteado. No hace tantos días, una persona que al parecer ya se ha ganado el puesto en las listar al Parlamento de UPN, el puesto de libre designación, nombrada por este Gobierno, que la legislatura pasada se dedicó a avalar y ejecutar en primera persona, como Directora General de Salud y como Gerente de Osasunbidea, toda la política de ajustes y de recortes y de privatizaciones que estos señores pusieron en marcha, ahí la tenemos, en un puesto de libre designación. Luego les llamarán sectarios. Esta señora, hace tres semanas, en un acto de UPN, se permitió el lujo de decir que se han perdido cuatro años en gestión sanitaria, que solo se han adoptado medidas cortoplacistas y populistas que ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema. Si gobierna UPN, ya sabemos lo que vuelve: recortes. Pues, esta señora ya se ha ganado el puesto en las listas de UPN.

Este tipo de mandos intermedios también son los que hacen que la satisfacción de determinados profesionales no sea todo lo satisfactoria, valga la redundancia, que debería ser, porque también se ha continuado, de alguna manera, en algunos aspectos y en algunos servicios, con unas maneras de funcionar a las que los profesionales estaban acostumbrados, y esperaban también otra manera de funcionar a esos niveles, y hablo de mandos intermedios.

Pensaba que iba a tener más tiempo para acabar con algo más positivo. Creo que se han hecho avances en cuestiones que son determinantes y que hay que seguir avanzando. Yo no contemplo otro escenario en el que se pueda dar ni un paso atrás en algunas cuestiones que sí afectan al modelo donde las personas de verdad estén en el centro, y desde luego, creo que con un poco más de ambición, con un poco más de determinación en relación con atención primaria… La ley foral de salud, ¡claro que sí!, tiene que ser el proyecto estrella de la próxima legislatura y convertir en cuestión de gobierno todo lo relacionado con el espacio sociosanitario y, sobre todo, con la salud en todas las políticas. Quiero agradecer también el talante y la colaboración que ha ofrecido este departamento y, desde luego, valorar también lo que se ha hecho, los avances que se han dado, y esperamos que puedan ser muchos más en el futuro.Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Antes de continuar, señora Sáez, un momento, me tengo que ir porque no me han podido sustituir en un sitio. La señora García Malo es la Vicepresidenta. ¿Me podría sustituir alguna del grupo?

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Después de oír a la portavoz de Euskal Herria Bildu, a continuación, tiene la palabra la señora Sáez, portavoz de Podemos-Ahal Dugu-Orain Bai.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko, presidenta andrea. Muchas gracias al señor Consejero, al señor Gabilondo y a las cuatro personas que están aquí. Primero, discúlpenme por haberme incorporado ahora. De entrada, lo primero quería reconocerles –creo que se lo han dicho ya todas las personas que han halado delante– y darles las gracias en el sentido de que, efectivamente, han tenido, sin ninguna duda, un talante de disposición para que todo el mundo pudiéramos opinar, conocer, saber, y no solamente el cuatripartito. Creo que han hecho un esfuerzo de intentar que, en muchas cuestiones de salud, otros grupos también, si querían, pudieran no solo participar a última hora, sino ser conocedores de sus propuestas y sus planteamientos. En ese sentido, es muy de agradecer ese estilo, porque marca estilo, además.

Por otra parte, queremos agradecerles también la línea que han intentado mantener de cara a lo que recogía el acuerdo programático –han comentado que prácticamente se habían conseguido todos los puntos–, que hayan intentado mantener, me refiero, esa línea de cara a una buena salud pública, de calidad, para todas las personas a lo largo de sus planteamientos.

Creo que siempre hay que recordar que no es lo mismo cuando se parte de una situación de aquí, que cuando se está partiendo de situaciones de desigualdad, como se traía en salud, y en otros temas también, en lo que, como ya he dicho, no me extenderé, pero una situación, no solamente por los recortes aplicados, sino también con muchos enfados en el personal que estaba trabajando en esos momentos, hace unos años, en Salud. No digo que ahora no haya otros enfados, sino que, partiendo de ahí, evidentemente, lo que se ha intentado, lo que se ha hecho es hasta donde se ha llegado.

Tampoco destaco precisamente por hacerles la pelota a las personas, es verdad, pero sí que quiero poner por delante –y ya lo han dicho, pero quiero volver a repetir– aquellas cuestiones que sí consideramos que sí que se han hecho. Voy a empezar por todo lo que tiene que ver con investigación, porque ha sido una batalla desde el principio, por lo menos, de algunos grupos que estamos aquí sentados. Por un lado, todo el tema del IdiSNA, y, sobre todo, el liderazgo del Departamento de Salud en todo el tema de investigación. Van a tener que continuar, lo sé, con ese asunto, con otros problemas que van a ir apareciendo, lo tengo claro, pero en cualquier caso, el paso que se ha dado ya es muy importante, el hecho que se haya cogido la dirección en la investigación, cosa que hasta el momento no había. No lo quiero desligar del paso dado en cuanto al tema de medicina desde lo público, porque indudablemente, una cosa alimenta a la otra.

Hay otra cuestión, que ya se ha nombrado, en la que es evidente que ha habido un cambio de planteamiento muy importante, que es todo el tema del Decreto de Salud Sexual y Reproductiva. No lo he dicho antes, y aprovecho en este segundo punto, en los

reconocimientos, que realmente, si recuerdan, han sido también temas clave en Navarra, es decir, había mucho descontento tanto en esta materia como en la anterior, en cuanto a una histórica reivindicación de Medicina desde lo público en Navarra, es decir, se ha ido avanzando también en cuestiones que ya traíamos de hace mucho tiempo. Así que el decreto, evidentemente es un tema garantista en estos momentos y, desde luego, esté quien esté, va a ser difícil retroceder, pero intentos puede haber. Así que ese decreto hay que mantenerlo con mucho mimo y cariño, porque es garantista para las necesidades de aborto, en general de todos los derechos sexuales y reproductivos de una manera diversa para nuestra sociedad.

Desde luego, también en todo el tema del copago. Ahí, yo nunca dejo de reconocer quién impulsa o quién hace las cosas. Siempre lo he dicho, el Partido Socialista fue incisivo también en ese tema, lo ha sido, y usted y su departamento lo han hecho, sé que a veces con lentitud, pero se ha llevado hacia delante.

Queríamos también sumarnos a aquellas cuestiones que se han hecho en cuanto a publificar, o que en lo público estén los servicios que hasta ese momento estaban fuera y privatizados. Las cocinas, otro hito en Navarra, es decir, veníamos de muchísimas protestas, y se coge un tema, se cambia, es costoso, porque los temas no siempre son fáciles de solucionar, pero indudablemente, en estos momentos el grado de satisfacción era otro asunto al que había que darle salida, lo mismo que, como se ha relatado, con otras cuestiones, como la densiometría, implantes… en fin, toda una serie de cuestiones que están, que se han ido recogiendo y que han pasado a estar en lo público.

Pongo aquí el inciso, y quizás tiene que ver con algo que también decía la portavoz del Partido Socialista. Es verdad que en aquellos servicios que se ponen en o público, lo que es importante también es hacer la formación necesaria para que se utilicen bien, y es cierto que ahí hemos podido tener algunos problemas, que quizás destaco luego, en lo pendiente.

Quiero sumarme al reconocimiento del Instituto de Salud Pública y Laboral, lo hemos dicho siempre, cada vez que vienen aquí a explicar alguna de sus actuaciones, creemos que trabaja bien y que está en buena línea. No voy a dejar de insistir en que, por nuestra parte, hay una parte que no es que no contemple la mirada de género, que sabemos que sí, pero creemos que hay un tema todavía muy poco trabajado en cuento a las garantías de todo el tema del acoso laboral y el acoso por razón de sexo que creemos que hay que seguir ampliando, y claramente.

Desde luego, las listas de espera se han reducido. La OPE ha aumentado. Esto es incuestionable, lo digamos quienes lo digamos, da igual desde qué parte. Eso está por delante. Por nuestra parte, creemos que hay cuestiones pendientes. En unas creemos que ha sido muy difícil avanzar más, en otras, comparto una intervención anterior, ya que, desde nuestro punto de vista, no ha habido la suficiente… valentía no es una palabra que me guste usar, sino criterio y determinación para realmente tomar las decisiones que había que tomar. Me refiero a todo el tema del personal, todo el tema de las personas que estaban comprometidas, que estaban dispuestas a trabajar por un buen concepto de la salud pública dentro de sus departamentos y los diferentes cargos medios, etcétera, y que, en ese sentido, no han sido bien atendidas, y sin embargo, es verdad, se ha mantenido a personas en puestos que no han

ayudado mucho o casi nada a este cambio, porque no estaban en esta mirada. En la vida hay que tomar decisiones, sin más, y creemos que ahí ha habido dificultades y muchas quejas.

Igual que en la materia de personal, todo el tema de mérito y capacidad, que creemos que hay que seguir trabajando y ahondando en ello. Se ha avanzado poco en cuanto a cambiar los criterios, cambiar los perfiles profesionales, pero, sobre todo, todas las experiencias que hay de buenas prácticas en esta materia, donde todos los criterios van en otra línea, y que, además, tienen que estar completamente transversalizados por todo el tema de género, que nos está enseñando mucho también para este tipo de cuestiones de mérito, capacidad, etcétera, y que no se están poniendo en práctica, ni siquiera están bien analizados todavía en este asunto.

Otra cuestión que para Podemos-Ahal Dugu ha quedado el floja –no porque fuera su intención, sino porque ha quedado realmente floja– es el verdadero impulso a la atención primaria, verdadero en cuanto a ponerla en el centro, en el eje de las políticas de salud, además de la continuada y urgente, y además de la atención rural.

Cabe destacar también que ha habido dos reivindicaciones, en ese asunto de la atención primaria, de la manera de hacerla más integral y que realmente sea el punto de entrada, que ya se trabaja en la mayoría de las cuestiones, que es todo el tema de la atención psicológica y el tema de fisios, de una manera mucho más generalizada, que desde nuestro punto de vista, creemos que ha faltado en ese sentido.

El tema de pediatría creemos que es una asignatura que queda pendiente de solucionar, no en Navarra, evidentemente, sino de manera general. Suponemos que en estos años se irá viendo cómo va a cambiar. Ahí solamente un inciso. Le queremos recordar que cuando vinieron las personas pediatras a la sesión de trabajo, en algunas cuestiones sí que nos aportaron cómo hacer los incentivos realmente para que puedan entrar. Se lo vuelvo a repetir, en materia de género, nos explicaron algunas cosas que eran importantes, es decir, a tener en cuenta, que no era solo el dinero. Así que, recojan aquello que ya se nos ha dicho y que es posible, además, poder hacerlo.

En cuanto al tema de conciertos, desde nuestro punto de vista, ya he destacado lo que creemos que ya se ha hecho. Hay que seguir en esa vía, es decir, es una apuesta clarísima por el intento de que tengamos una salud pública, en todas las materias, de calidad.

Creemos que en el tema de paliativos se ha avanzado poco en lo que es desde lo público. No estamos cuestionando si está bien o mal el concierto con San Juan de Dios, sino sencillamente creemos que no se ha hecho por lo menos casi nada o ningún intento de mirar qué otro tipo de trabajo, concertar de otra manera, etcétera.

No voy a insistir, porque ya se ha nombrado el gasto farmacéutico, pero no voy a dejar de decir, porque lo digo y me quedo muy sola en esto, que, por lo menos, ya hemos ahorrado algo en gasto farmacéutico gracias al trabajo de las farmacias en los centros privados. En esa línea, les volvemos a insistir en que se replanteen lo que están haciendo con ese tema, que hay que modificarlo.

En salud mental, me sumo a lo dicho. Creemos que sí que se han hecho cuestiones importantes también en salud mental a pesar de que se vea poco –acabo ahora mismo–, pero es un camino que hay que continuar, que nos están enseñando mucho las personas pacientes, las personas directamente afectadas, que podemos ser cualquiera en un momento determinado de nuestra vida, y que realmente nos están enseñando mucho.

Me quería unir al tema de las mutuas. Creemos que es un tema pendiente. Y, por supuesto, cerrar bien el trasporte sanitario. Hemos hecho el trabajo de conocer, etcétera, pero ahí tenemos todavía un tema que queda por solucionar. Y por supuesto, la ley foral de salud, que seguro que la realizarán en la siguiente legislatura y que tendremos el placer de poderla disfrutar desde la ciudadanía.

Así que, sin más, hay que continuar en la búsqueda de la salud para todas las personas, y en esto hago un apunte: recuerden que hoy Navarra todavía tiene dificultades para garantizar que todas las personas en la situación que estén, legal o ilegal, en Navarra tienen dificultades para acceder a este tema de salud. Se lo acaban de decir Médicos del Mundo, y lo estamos diciendo diferentes personas. Gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Gracias a usted. Por parte, ahora, del Partido Popular, señor García, tiene la palabra.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Muchísimas gracias, Presidenta. Agradecemos las explicaciones. En primer lugar, pedimos disculpas por no haber estado presente aquí, sino en el despacho, escuchando por ciertos motivos. No puedo tener el mismo balance que ha hecho usted, que se ha hecho por parte del departamento, en absoluto, porque durante estos cuatro años, quizás hemos sido más críticos, entendiendo que, efectivamente, hay muchísimas cosas que deberían ponerse en marcha, mejorarse, y al hacer una comparativa con respecto a lo que era Navarra referente en materia salud con lo que iba siendo o dejando de ser, desgraciadamente, por el camino durante estos cuatro años. En muchísimas ocasiones, hemos hecho una comparativa con comunidades no tan lejanas, comunidades limítrofes, con las que usted decía que compartíamos contextos, pero diferentes situaciones, cuyas políticas han resultado mejores que las que aquí se han adoptado.

Quiero hacer una crítica a la portavoz de EH Bildu con respecto a los recortes. Los recortes no son cuestión de pasado, son cuestión de presente, y si sigue su Gobierno, está claro que serán de futuro. La garantía es un urgente cambio de Gobierno para volver a las políticas sanitarias que vayan encaminadas a las personas, personas a las que se han olvidado, y digo que se han olvidado, porque ustedes no se han centrado en los datos. Algún otro portavoz hacía referencia a la percepción que tiene la gente de nuestra sanidad, al tipo de sanidad que tiene. Entiendo que a alguno no le guste, irrita escuchar la verdad, pero no lo dice el Partido Popular, sino que lo avala, además, la ciudadanía de nuestra Comunidad.

Me quedo con que la mayoría de la sociedad navarra no avala las políticas, ya no solo sanitarias, y me voy a sumar, porque es loable, a reconocer su capacidad de diálogo y también su capacidad de escucha, porque efectivamente, si usted algo ha tratado ha sido llegar a ciertos consensos, y hay que reconocer la facilidad de poder acceder a usted para cualquier tipo de información. Creo que debo y es conveniente también recordarle y transmitirle mi más

sincera felicitación en este sentido, porque es importante, independientemente de que estemos o tengamos puntos totalmente diferentes, tener a un Consejero que facilita el trabajo, y también lo es reconocerlo. No puedo compartir lo mismo, claro está, de lo que es la gestión.

Yo iba a hacer un pequeño balance. El otro día, su compañera, la Consejera de Educación, decía que quizás incumplíamos la normativa de elecciones. Veo que hoy usted me daba la razón con sus declaraciones y su intervención, que no hay ninguna norma que incumplir cuando se hace un balance de la gestión. Quería recordar las palabras de la propia señora Solana.

Termina la legislatura con una huelga de médicos, algo que ha denunciado este partido en reiteradas ocasiones, ya no solo en muchas de las peticiones que hacen desde el colectivo médico, sino que hay una huida masiva de médicos de nuestra Comunidad. Hay un dato importante, y es que el número de facultativos médicos que solicitan un traslado de nuestra Comunidad a otra es mayor que el de comunidades limítrofes, y no tan limítrofes, que solicita un cambio a otra comunidad, dato importante que da validez, en cierta medida, a lo que ha denunciado el Partido Popular en esta cuestión.

Hay muchísimas cuestiones que no se han resuelto. Hablaban de pediatría. Me voy a centrar en lo que al señor Eraso no le toca, independientemente de que sea de la Ribera y no sea crítico con cuestiones que mejoran la calidad del servicio sanitario, como el hospital Reina Sofía de Tudela. Hay muchísimos avances que quedan por poner en práctica, y evidentemente, de la mano de su gestión no los vamos a poder ver, porque es prácticamente imposible, porque en cuatro años ha demostrado que las políticas sanitarias, y especialmente en un área de salud como es Tudela, poco o nada se han visto o mejoradas. Es más, me atrevo a decir que en cuestiones de urgencias hemos podido ir en retroceso, más allá de una sala de pediatría, que en muchos casos no tiene pediatras y que incumple, en cierta medida, una norma no escrita del propio departamento con respecto a la atención en urgencias con respecto a los pediatras.

Condiciones pésimas para los médicos, lo que hace que médicos, pediatras y anestesistas se vayan a otras comunidades. Es una realidad, es una auténtica realidad. Me voy a detener en un dato curioso, que es importante. Es un anuncio que hacía… que no hace el Gobierno de Navarra con respecto a la atención de profesionales sanitarios. Hacían anuncios importantes de trabajo, y se pedían oftalmólogos, por ejemplo, para Calahorra, u oftalmólogos para Mallorca. Es un dato que es publicado y con el que vemos que las condiciones son bastante mejores, ya no solo en lo que son condiciones en cuanto a contrato, sino también en lo que es en cuanto a salario, cosa que, efectivamente, no garantiza el Gobierno de Navarra. Por lo tanto, una huida importante de profesionales médicos en este sentido.

Condiciones, derivaciones. Ustedes venían a eliminar las derivaciones, y es cierto que el presupuesto en derivaciones ha aumentado, pero es que ha sido el recurso utilizado, el recurso fácil que ha utilizado el Gobierno de Navarra para reducir la lista de espera en algunas especialidades. Esto lo sabemos hacer todos. Ustedes venían a cambiar o a reducir las listas de espera sin necesidad de aumentar las derivaciones. No sé si lo recuerda, pero eso es lo que ustedes prometieron. Lo único que ha cambiado es que en los cristales de los hospitales, en las

ambulancias, ya no hay una pegatina con «Recortes no», pero los recortes, a día de hoy, se mantienen. Esta consejería, la Consejería de Salud, sigue utilizando tijeras, independientemente que se haya visto aumentado el porcentaje de presupuesto, pero el aumento en presupuesto no requiere de una mejora en los servicios, sino que hay que rentabilizar la inversión, cosa que este departamento no ha sabido hacer.

Un dato curioso, que usted siempre achacaba al anterior Gobierno, es la alta tasa de temporalidad que tiene el Sistema Navarro de Salud. El Sistema Navarro de Salud tiene la mayor alta tasa en el ámbito nacional. A todos nos afectaron las medidas, en cierta medida, de contratación, pero parece que a este Gobierno no le han servido las mismas medidas para reducir esta tasa de temporalidad. Siempre lo he reiterado, pero creo que es conveniente recordarlo, y es que en comunidades gobernadas por el Partido Popular es donde –sabemos que no le gusta– la tasa de temporalidad está muy por debajo de la media y muy por debajo, en algunos casos tres veces por debajo, y pongo La Rioja, que en este caso, quizás es la que tenga la tasa más baja en esta materia.

Por lo tanto, usted se queda, o termina la legislatura, no vuelve y esta es su última comparecencia en esta legislatura, y esperemos, por el bien del Sistema Navarro de Salud, en próximas, se despide con una huelga de médicos, se despide con unas condiciones laborales para los profesionales médicos, y ya no solo médicos, sino en el ámbito de la salud, pésimas, denunciadas por ellos mismos y con una alta tasa de temporalidad, y también con un aumento de las derivaciones a centros concertados, ya no solo en aumento en número, sino también, como digo, en presupuesto.

Ese es el balance que hace el Partido Popular, que lo que ha hecho usted quizás va en continuación o como continuación de lo que hacían Gobierno anteriores. Una pena, en este sentido, que todo lo que prometían no se haya cumplido. Como digo, evidentemente hay, como todo en Gobierno, como en toda acción de gobierno, aciertos, que en su debido momento también se los hemos reconocido, pero también hay que hacer crítica, crítica con el único objetivo de mejorar, y evidentemente, mejorar para que la salud de los navarros, de los pacientes navarros, también mejore. Cierro mi intervención recordando que la percepción del Sistema Navarro de Salud por parte de los ciudadanos navarros está muy por debajo de cuando usted cogió las riendas de dicho departamento. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchas gracias a usted. Por parte de Izquierda-Ezkerra, señor Nuin, tiene la palabra.

SR. NUIN MORENO: Muchas gracias, señora Presidenta. Acabamos de oír otra vez aquí la intervención de Institución Futuro, no porque el señor García represente a Institución Futuro, sino porque reproduce todo lo decía Institución Futuro, todo ese cúmulo de falsedades y mentiras. Nosotros coincidimos con el Consejero en que así es, en que no es más que un cúmulo de falsedades y mentiras.

La respuesta a esas falsedades es este informe. Creo que este informe que hoy se ha presentado aquí, este informe de balance, tanto de cumplimento del plan de acción 2016-2019, como del acuerdo programático es contundente, y además, ha sido absolutamente pormenorizado, tanto por el señor Domínguez como por el señor Gabilondo, comparecencia

pormenorizada, detallada de qué se ha hecho en cada ámbito. En ese sentido, ha sido una comparecencia absolutamente completa y exhaustiva, y nosotros creemos que pone de manifiesto que el balance es positivo, y es el balance que hacemos y que creemos que es así, que compartimos con el Gobierno, un balance claramente positivo.

Hay compromisos por cumplir, hay objetivos por cumplir, por supuesto, esto será siempre así además, en el ámbito de la salud pública y en el ámbito sanitario, pero también, y no tenemos ningún problema en reconocerlo, en relación con los compromisos que nosotros también incorporamos al acuerdo programático. Hay cuestiones que están por cumplir, como ha sido reconocido por el propio Gobierno, más allá de que el trabajo ha sido exhaustivo, ha sido importante, y ahí, en el acuerdo programático, ese 84 por ciento de cumplimiento, en el plan de acciones, el 80 por ciento. Por lo tanto, no tenemos ningún problema.

¿En atención primaria? ¡Pues claro que hay mucho recorrido de mejora! Por supuesto que sí. En el ámbito socio sanitario, también. En el ámbito de estabilidad de las plantillas, por supuesto que sí, aunque también nos quedamos con el dato que nos han dado de esa mejora en esta legislatura del 45 por ciento de eventualidad al 38 por ciento. Nos quedamos también con ese dato, que es evidentemente de mejora, con esa OPE, a lo largo de la legislatura, de más de mil doscientas plazas que han salido, frente a una OPE inexistente en la legislatura anterior.

¿Cuál es nuestra conclusión fundamental? Que hoy, en 2019, ahora, cuando termine esta legislatura, podemos afirmar que la sanidad pública es mejor, está más fuerte, más sólida, con más recursos, con más capacidad de responder a las necesidades de la ciudadanía, de lo que estaba en 2015. Esta es la afirmación fundamental, y además, no con una mejora leve, sino con una mejora sustancial, notable, real, evidente, que luego se traduce en los datos, por ejemplo, de las listas de espera, que son una mejora muy notable, muy real, muy evidente. Hoy, en 2019, la sanidad pública es mejor, más sólida, más fuerte, con más capacidad de responder a las necesidades que en 2015. Es más, es que en 2015 veníamos de una legislatura terrible, y ahí están los datos, que aquí también se han dado, en términos de recortes, de descenso presupuestario, que de esos mil treinta y seis millones del presupuesto en el año 2010, bajamos hasta los ochocientos noventa y cuatro millones en el año 2013-2014. Es una reducción brutal. Esto es lo que se vivió en la pasada legislatura.

Todo esto se ha parado y se ha revertido de forma importante, de forma muy notable, en esta legislatura. Es que otra legislatura como la que la derecha, como la que UPN hizo en el 2011-2015, otra como esa hubiera llevado ya a la sanidad pública a una situación límite, absolutamente límite. ¿Qué hemos tenido en esta legislatura? Una reversión muy clara, en términos de recursos presupuestarios, en términos también de inversiones. Por supuesto que hacen falta inversiones mucho mayores y un plan de inversiones mucho más reforzado, pero también ahí se ha avanzado con actuaciones importantes. En términos de estabilidad también se ha avanzado. ¡Claro que hay que avanzar más! En términos de listas de espera. En términos de cuestiones que siempre han sido demandadas, y en las que mientras ha gobernado la derecha ha sido imposible avanzar. El tema de salud sexual y reproductiva; por supuesto. El tema de la interrupción voluntaria del embarazo. El tema de la facultad de Medicina, que ahora ya estamos a las puertas de que sea una realidad en la universidad pública. La reversión

del tema de cocinas hospitalarias. Por supuesto que todavía hay mucho camino para la purificación de servicios que recorrer.

Nosotros aceptamos y reconocemos todo eso, pero el grado de avance, el grado de darle la vuelta a lo que se hacía en la pasada legislatura para ir a un camino de reforzar la sanidad pública y de ponerla en situación y en capacidad de responder a todos los retos que debe hacer frente es un cambio de la noche al día, y eso es lo que nosotros queremos decir, sin ningún discurso autocomplaciente, en absoluto, porque a la vez –y lo decimos–, somos conscientes de los enormes recorridos y márgenes de mejora que hay que seguir recorriendo y hay que seguir avanzando y haciendo. Por supuesto que sí, en atención primaria, en el espacio sociosanitario, en tantas cosas. Por lo tanto, esto es así, pero negar este balance, negar lo que se ha avanzado, negar lo que sea recorrido, negar lo que se ha hecho, y el cambio de la noche al día que se ha dado con la anterior legislatura de la derecha y de UPN, negar eso es situarse en el discurso falso y sin ningún rigor de entidades como Institución Futuro o similares.

Esta es nuestra posición, la valoración que queremos hacer, que queremos trasladar. Finalmente, en esta, que es la última comparecencia en esta legislatura de la consejería, del Consejero y de todo el equipo, agradecemos el trabajo, porque creemos que ha habido compromiso con el cumplimiento del acuerdo programático, compromiso con lo que al cuatripartito y al Gobierno nos reunió, que era impulsar unas políticas y un cambio también en política sanitaria muy claro en la Comunidad. Creemos que ha habido compromiso claro por parte de la consejería, y trabajo, trabajo eficaz, trabajo constante y trabajo riguroso en ese sentido, y queremos valorarlo así y agradecerlo. Por lo tanto, así lo hacemos, y sin más, como digo, agradecemos el trabajo y también la comparecencia hoy aquí del Consejero y del equipo del departamento.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchas gracias, señor Nuin. A continuación, el señor Consejero tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias. Quiero agradecer, una vez más, las aportaciones de los portavoces de los distintos grupos. Quería empezar esta segunda parte insistiendo en que creo que podemos sentirnos satisfechos. ¿Quedan cosas por hacer? Sin duda, sin ninguna duda, y ya las hemos comentado. Algunos consideran, ya lo estamos viendo, que no hemos hecho nada o que hemos hecho poco, pero se ha trabajado mucho y bien, y quiero aprovechar la ocasión para felicitar a todos los profesionales del departamento, de Osasunbidea, de salud pública, de salud mental, atención primaria, etcétera.

Es cierto que cuatro años parecen muchos, pero no son nada para reorientar y transformar el sistema sanitario, sobre todo, si venimos de un Gobierno, durante muchos años, con una visión absolutamente contrapuesta a la que nosotros tenemos. Por lo tanto, debo reconocer que cuatro años se nos han quedado cortos. Esperamos poder seguir para seguir trabajando en esa misma línea y seguir avanzando en ese proyecto de sistema sanitario tal y como lo entendemos.

Está claro que aquí hemos contrapuesto unos datos absolutamente objetivos, unos datos absolutamente verdaderos, con muchas subjetividades. Aquí se han dicho cosas que no son

ciertas y que están basadas en subjetividades. Se han dicho cosas, por ejemplo, por parte de la portavoz del Partido Socialista, que no se le ha llamado al despacho. Sabe que no es cierto. Hemos comentado muchas cosas. Que no hemos comentado ninguna ley, ningún decreto, y decretos sí que se han comentado, y lo sabe.

Se ha comentado también la alusión que hice al barómetro sanitario. Sabe, y lo hemos comentado muchas veces, que el barómetro sanitario tiene una ene muy pequeña que no permite juzgar ni evolucionar, tanto si es a favor como si es en contra. No hay que olvidar que nosotros no teníamos un elemento comparativo de una encuesta a la población navarra con una ene suficiente porque la teníamos de 2010, es la última que se había hecho. Nosotros la hemos hecho y hemos mejorado.

Se ha hablado también de la pediatría. Es un tema absolutamente recurrente, que, además, se utiliza como un arma arrojadiza cuando se sabe perfectamente que es un problema que no solamente afecta a Navarra, sino que afecta a todo el Estado, y que, además, Navarra probablemente es las comunidades que mejor están en ese sentido. Cabe recordar que el 15 por ciento de las plazas de pediatría están ocupadas por médicos de atención primaria, cuando la media en el Estado es muchísimo mayor, en torno a un 25 por ciento, y que hay comunidades autónomas que tienen el 50 por ciento de las plazas de pediatría ocupadas por médicos de familia. Por lo tanto, como se sabe que es un tema muy sensible, se utiliza.

En cuanto a la siniestralidad laboral, que se ha mencionado, también es un tema que recurrentemente se utiliza en unos datos sesgados, porque cuando se analizan los datos realmente, lo que se puede ver es que es cierto que los accidentes mortales disminuyen, los graves se mantienen y los leves aumentan ligeramente, pero también es verdad que hay que verlo en el tejido industrial y social que tiene Navarra.

En cuanto a las tasas de temporalidad, también se recurre. Hay formas muy fáciles de disminuir las tasas de temporalidad. Primero, si el Gobierno quitase las limitaciones que impone en la tasa de reposición. Lo he dicho muchas veces en este Parlamento, que si nos quitan la tasa de reposición, sacaremos todas las plazas que podamos, como lo hemos hecho a pesar de la limitación de la tasa de reposición.

Ha aumentado también la temporalidad por el aumento de contrataciones. El portavoz del Partido Popular dice que en otras comunidades gobernadas por el Partido Popular la tasa de temporalidad es menor. Claro. Hay dos formas: o reducir la plantilla o que haya menos servicios públicos, y entonces, claro, disminuye la temporalidad.

Se ha comentado también, por ejemplo, que ha habido una sarta de dimisiones en el departamento. No es cierto. Sarta de dimisiones en la legislatura anterior. Ese tema ni lo tocaría. Se ha hablado, y vuelvo a hablar, de la escasez de profesionales. Es verdad, es un tema generalizado que es achacable a una falta de planificación y que, desde luego, no es achacable a este Gobierno ni a este departamento.

Se ha dicho también que no hemos mejorado nada la accesibilidad de la población, y no es cierto, hemos acercado muchos servicios a la ciudadanía, los retinógrafos, ecografía, radiología, teledermatología, teleictus, etcétera.

Se ha dicho también que habíamos aumentado las privatizaciones. No entiendo en absoluto cómo se puede decir eso, no lo entiendo.

Se ha dicho también que nuestros médicos se van de Navarra. Eso no es cierto. Además, tal como se plantea, parece que se vayan en autobuses, como si fueran a las manifestaciones de la plaza de Colón, y no es así, no se van. No sé de dónde ha sacado el portavoz del Partido Popular que hay más médicos de Navarra que se quieren ir que de otras comunidades. No sé de dónde ha sacado el dato.

Quiero también recordar una cosa, que nosotros no hemos bajado el sueldo a nadie, que son unas condiciones laborales que nos hemos encontrado, y que las limitaciones del Gobierno central nos limitan el poderlo subir en este momento. Por lo tanto, nosotros no hemos bajado el sueldo, y ahora no podemos subirlo.

En resumen, quedan cosas por hacer, pero insisto que cuatro años es muy poco tiempo para reorientar un sistema sanitario heredado, con un gran nivel asistencial –y lo reconozco ahora y lo reconocí entonces– gracias a los profesionales, pero con una gestión claramente deficiente. Le voy a dar la palabra a Luis, porque creo que puntualizará algo.

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD (Sr. Gabilondo Pujol): En primer lugar, quería comentar dos elementos. Primero, con respecto al tema de ley de garantías, como no he tenido oportunidad de detallar todos y cada uno de los indicadores, quiero decir que nos comprometimos a reducir los pacientes fuera de ley de garantías al 5 por ciento fuera de ley, un 95 dentro, y hemos llegado a 93,6. Estábamos en el 84 por ciento de cumplimiento, en quirúrgicas, me refiero. Luego hablo de consultas. Hay que decir que cuando desde UPN nos dicen que tenemos gente fuera de ley de garantías, había exactamente cuatro veces más de gente fuera de ley de garantías en aquel momento.

Quiero decir, y me parece muy importante señalarlo, que estamos en un sistema completo, y no se puede analizar una parte sin analizar el todo. Si cuando empezamos la legislatura nos encontramos, tal como aparece en la gráfica, con unas listas de espera que se habían triplicado con respecto a tres años antes, hemos tenido que dedicar una enorme cantidad de esfuerzos al ámbito hospitalario. Como no hay para todo… Es decir, no es lo mismo partir de una situación donde, de alguna manera, uno se encuentra en una situación de normalidad y puede manejar… No eres libre para decidir, cuando te encuentras con una situación de partida que limita enormemente las posibilidades de acción.

La prioridad, lo dijeron todos ustedes, y lo dijeron los ciudadanos, y lo dijeron los colegios profesionales, era reducir las listas de espera, y a ese objetivo nos hemos tenido que dedicar de una manera prioritaria. Eso no quiere decir que no valoremos, y así se contempla en la Estrategia de Atención Primaria, la necesidad imperiosa de incrementar el porcentaje de profesionales dedicados a la atención primaria, imperiosa, y así va en la Estrategia de Atención Primaria.

Creo también muy importante decir que en algún momento ha salido una cifra de que hemos crecido 280 millones, o algo así ha comentado. Son 145 exactamente en el presupuesto en el

conjunto de los 4 años. Si lo comparamos con el gasto, son 118 el gasto real, porque cuando hacemos los análisis, los datos no se pueden discutir; pueden no gustar, pero son.

Antes he dicho que hemos crecido el 3,87 por ciento de promedio anual. Lo más que hemos conseguido es ponernos en una situación semejante a la que estábamos antes. Hemos conseguido revertir los recortes y con eso hemos tenido que poner en marcha todas estas medidas y todas estas acciones que aquí se han señalado.

Con respecto al tema del gasto de conciertos, les facilitaré los datos exactos del gasto real. No me coincide su valoración. A veces, presupuesto y gasto real pueden no coincidir. Hay que tener en cuenta que también era concierto la asunción de la asistencia sanitaria de la Clínica Universitaria, de los pacientes, y por tanto, de alguna manera, hay que contabilizarlo todo. Contabilizándolo todo, los resultados no son tal como se plantean. De todas formas, les haré llegar una evaluación exacta de la evolución del gasto real en prestaciones y conciertos con todo detalle, porque su valoración no coincide con la nuestra.

Quiero plantear el tema del barómetro sanitario. Estamos hablando de una muestra, en la última, de 103 encuestas. Ha ido entre 103, 140, 160. Es uno de los problemas que tiene Navarra. En Navarra, en un año se suicidan 4 personas, y subimos la tasa, y al año siguiente, se suicidan 3, y bajamos la tasa. Entonces, los pequeños números alteran mucho las valoraciones, pero quiero decir, porque aquí sí tenemos un dato, 5.500 encuestas realizadas 3 años consecutivos, con el mismo método, la misma encuesta que se utilizó en el año 2010, gestionada por una persona que, además, ocupó un cargo de alta relevancia en la legislatura anterior. Por tanto, no creo que hayamos hecho ninguna manipulación, y en el año 2010, salía 8,14 y en el año 2016, salía 8,46. A lo mejor se han equivocado, pero eso es lo que sale, y son 5.500 encuestas anuales. Veremos lo que dice el barómetro sanitario. En la anterior parecía que nos íbamos a morir. A lo mejor en el siguiente volveremos a estar… En este ya se ha visto que estamos casi empatados con los dos anteriores. Lo digo porque hay que saber interpretar los números. Yo nunca trato –y creo que todos ustedes me conocen– de tergiversar. Si me equivoco en algún dato, pediré disculpas, pero desde luego, trato de ser honesto.

Por último, quiero señalar, con respecto al tema de atraer profesionales y la motivación, que todos estamos interesados en ello, todos estamos interesados. Tenemos un problema serio, y el problema serio es el de las plazas de difícil cobertura. En una situación de déficit de profesionales, no es que se vayan de Navarra al País Vasco, o del País Vasco a Cataluña, es que se van de puestos malos a puestos buenos, es decir, el problema es cómo cubrir las zonas rurales dispersas cuando hay déficit de profesionales. Las comunidades que lo tienen todo agrupado en grandes poblaciones, como por ejemplo el País Vasco, tienen menos problemas que las comunidades que tienen gran dispersión geográfica. Por tanto, el problema de las plazas de difícil cobertura es un problema real, en una situación de déficit de especialistas, que por cierto, se preveía ya en el año 2008. Les puedo pasar el informe del ministerio, firmado por la Ministra, donde decía lo que había que hacer para evitar lo que ha pasado. No se hizo nada, y la tasa de eventualidad que tenemos ahora es consecuencia también de eso. Lo que quiero decir sinceramente es que asumimos nuestras limitaciones, pero el contexto del que partíamos, y del que partimos, era el que es. Simplemente quiero dejar eso claro. Gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Acabado el debate de este segundo punto, no sé si quieren dos minutos de receso o no.

Comparecencia, a petición propia, del Consejero de Salud para presentar el "Plan de Ordenación por distritos de Salud".

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Seguimos con el tercer punto del orden del día, que es la comparecencia, a petición propia, del Consejero para presentar el Plan de Ordenación por distritos de Salud. Como ya he dicho, ha sido a petición propia, así que, señor Consejero, tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias. Como ya se ha comentado, en esta ocasión a petición propia, les vamos a presentar el Plan de Ordenación de Servicios de Salud, que contempla como actuación… (MURMULLOS). Empezaré por exponerles varias consideraciones de carácter general con objeto de contextualizar esta propuesta, dar coherencia a su contenido y facilitar la comprensión desde una perspectiva global.

El plan busca ordenar y reforzar los servicios de salud que presta atención primaria y comunitaria, y para ello, propone reagrupar las actuales zonas básicas de salud en unidades de nueva creación, denominadas «distritos». Se trata de complementar la actual demarcación, basada en las zonas básicas de salud, con un nuevo modelo territorial complementario, que consiste en agrupar las actuales zonas básicas en una nueva unidad superior, que denominamos «distritos».

Los distritos servirán de base para ampliar la cartera de servicios sanitarios que ahora ofrecen las zonas básicas, y exigirán un proceso de descentralización de otros medios que ahora se sitúan en ámbitos superiores, como el hospitalario, sociosanitario o de promoción de la salud. La creación de los distritos y la consiguiente ampliación de la cartera de servicios de los centros de salud exigirán previamente la reforma, por parte del Parlamento de Navarra, de la actual Ley Foral 10/1999, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra, y el desarrollo del correspondiente cuerpo normativo mediante decreto foral del Gobierno de Navarra y orden foral del Departamento de Salud.

Las zonas básicas de salud seguirán siendo, como establece la legislación foral en esta materia, las demarcaciones territoriales operativas de las actuaciones y servicios sanitarios responsabilizadas de la gestión descentralizada de los centros y establecimientos del Servicio Navarro de Salud en su demarcación territorial, y de las prestaciones y propuestas sanitarias a desarrollar por ellos. En otras palabras, más allá de la ampliación de servicios que conllevará la reagrupación de las zonas básicas de salud en distritos, la población será atendida en el mismo centro de salud que hasta ahora sin cambio alguno.

El sistema sanitario en general, y las estrategias aprobadas en Navarra en particular, principalmente la Estrategia de Atención Primaria de Salud de Navarra 2018-2022, plantean nuevos retos. Uno de los más destacados que se recoge en la citada estrategia de próxima aprobación es desarrollar un nuevo modelo, basado en la gestión en el entorno local concreto, que permita alinear los intereses de todos los agentes comunitarios con capacidad de

intervenir para mejorar la salud de una población bajo un mismo objetivo. Antes de seguir, no sé si se ha repartido la documentación. (MURMULLOS).

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Suspendemos dos minutos, mientras nos traen la documentación.

(Se suspende la sesión a las 19 horas y 7 minutos).

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

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Después de este receso, y ya que todas las personas tenemos la documentación, seguimos con este tercer punto del orden del día. Así que, señor Consejero, tiene la palabra de nuevo.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias. Seguimos. El objetivo que persigue la creación de los distritos es acercar los servicios sociosanitarios a la ciudadanía, proporcionar una mayor seguridad a la población de la periferia y, por lo tanto, intentar frenar la despoblación del medio rural. Concretamente, los objetivos generales son mejorar la equidad territorial para reducir las desigualdades en salud, afianzar el asentamiento de la población en el medio rural priorizando la atención a las urgencias y desarrollar un nuevo marco territorial adecuado para garantizar una atención integrada, orientada a la persona, dotando a la atención primaria de los servicios de apoyo necesarios.

Solo una orientación transversal, intersectorial y multidisciplinaria de las actividades asistenciales permitirá dar una respuesta adecuada que tienda a mejorar la situación de salud y reducir las desigualdades en este ámbito. Las actuaciones deben ser diseñadas y llevadas a cabo juntamente con los servicios sociales de base, los servicios de salud pública y entidades locales, actuando coordinadamente con los activos comunitarios y demás servicios sanitarios y no sanitarios implicados en el territorio.

En este sentido, resulta indispensable la colaboración entre instituciones y departamentos responsables de las políticas de salud, sociales, educación, trabajo, vivienda, interior y justicia, etcétera. De esta forma, además de favorecer la planificación operativa, dirección, gestión y administración en atención primaria, los distritos de salud facilitarán las actividades de atención sanitaria y sociosanitaria, promoción de la salud individual y comunitaria, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud y gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud.

Entre los objetivos específicos, hay que destacar empoderar y mejorar la capacidad resolutiva de atención primaria. El refuerzo de los recursos propios de atención primaria y comunitaria permitirá también seguir avanzando en un objetivo no menos importante, como es potenciar la capacidad resolutiva de los profesionales de la sanidad pública navarra. Otros objetivos son mejorar la equidad territorial; incrementar la accesibilidad a nuevos servicios; ofrecer seguridad a la población ante emergencias; reducir desigualdades en salud por distintas realidades; apoyar la intervención comunitaria y el trabajo en red; coordinar el ámbito sanitario con otros servicios, social, escolar, municipal, asociativo; y la futura gestión a nivel intermedio entre el ámbito de zona básica y área. Además, persigue fomentar la participación, la formación, la docencia y la investigación en un ámbito superior al de la zona básica.

Para una mejor definición de la organización y estructura de los distritos de salud, conviene diferenciar dos conceptos. Por un lado, los servicios o conjunto de actividades organizadas orientadas a la prevención, la promoción, el mantenimiento, la restauración de la salud de las personas y de las comunidades, y por otra, los dispositivos, que son el conjunto organizado de recursos humanos y/o físicos que tiene la responsabilidad de prestar un servicio o un conjunto de ellos, pudiendo depender orgánica o funcionalmente de las estructuras de atención primaria, de otros niveles asistenciales, organizaciones de salud o de otros departamentos y la Administración Local.

Para hacer más comprensible la exposición, nos centraremos en los dispositivos. Desde este concepto organizativo, los distritos dispondrán de tres niveles de dispositivos o conjuntos de recursos humanos y físicos, incluyendo los que ya existen en las zonas básicas de salud y aquellos de nueva creación que se pueden beneficiar del ámbito de distrito. Los tres niveles de dispositivos son el correspondiente a la zona de salud, al distrito y a la atención primaria y comunitaria.

Aquellos dispositivos que ya existen en la zona básica de salud son los equipos de atención primaria de salud, la atención continuada y urgente, los servicios sociales de base, prestaciones y programas sociales y servicios de ayuda a domicilio. Entre los dispositivos necesarios en el distrito, por un lado tendríamos recursos que dependen directamente de atención primaria, y por otro, aquellos recursos cuya dependencia puede ser de otros niveles asistenciales: hospital, salud pública o de otras instituciones, Derechos Sociales, Educación, municipal, etcétera. Por tanto, se estructuran en estos cuatro apartados: dispositivos de atención primaria y comunitaria de distrito, dispositivos hospitalarios de distrito, otros dispositivos de salud y dispositivos del programa sociosanitario.

El Plan de Ordenación de Servicios de Salud describe estos dispositivos de manera pormenorizada y detalla los perfiles profesionales que pueden crearse en aquellos dependientes de atención primaria y comunitaria. Me limitaré a detallarles de manera resumida estos cuatro apartados, de dispositivos para la prestación de los servicios de distrito.

Dispositivos de atención primaria y comunitaria de distrito, hacen referencia a nuevos servicios en relación con la salud pública e intervención comunitaria, la gestión sociosanitaria, cuidados de salud de prácticas avanzadas, rehabilitación funcional y de atención primaria, prevención de la discapacidad, atención urgente a la emergencia, radiología y otros, como nutrición y dietética y soporte administrativo. Serían necesarios profesionales en los ámbitos de medicina y enfermería de urgencias, enfermería de prácticas avanzadas para apoyo de crónicos y domicilio, enfermería familiar y comunitaria, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, TES, técnicos o técnicas en salud pública, dinamización e educación social, técnico o técnica superior de imagen y superior o graduados en nutrición y dietética, así como personal administrativo.

En cuanto a los servicios existentes descentralizados al distrito, habría que considerar los dispositivos hospitalarios de distrito, como la hospitalización a domicilio, el especialista hospitalario de distrito de medicina interna o geriatría, etcétera, cuidados paliativos, atención a la salud mental, atención a la salud sexual y reproductiva, los CASSYR, y rehabilitación y

fisioterapia. En cuanto a otros dispositivos de salud, la farmacia extrahospitalaria, equipos técnicos en salud laboral, equipos de salud ambiental y equipos de salud alimentaria.

Sería necesario desarrollar dispositivos del programa sociosanitario, gestión sociosanitaria, soporte domiciliario, convalecencia residencial y estancias temporales, centros de atención de día y trasporte sociosanitario, atención temprana y rehabilitación en la escuela, atención a la infancia y adolescencia, servicios de ayuda domiciliaria, como *catering*, lavandería, etcétera, teleasistencia y servicios de provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo.

La coordinación general de los planes y actuaciones del distrito de atención primaria obliga a crear una estructura que asuma estas funciones, incluyendo la gestión de los recursos propios de atención primaria. Esto es necesario, sobre todo, si se quiere conseguir el objetivo de que el paciente se sitúe en el centro de la atención y que permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio habitual. Aunque en la actualidad resulta aventurado definir un modelo estándar de estructura que permita una coordinación efectiva de actividades y recursos, dada la diferente tipología de poblaciones, unidades agrupadas, etcétera, contarán con una estructura descentralizada de dirección, gestión y participación comunitaria.

A estos efectos, se contemplan tres niveles: la coordinación de distrito, con un profesional perteneciente a los equipos de atención primaria de distrito que compatibiliza con un trabajo asistencial; el comité de coordinación de distrito, que se propone que cuente con representación de la dirección de atención primaria, de los equipos de atención primaria de salud y sociales, y de los equipos hospitalarios adscritos al distrito; y en órganos de participación, como el Consejo Sociosanitario de Distrito, con representación de los Ayuntamientos, centros docentes, asociaciones, etcétera.

Para la elaboración del nuevo modelo territorial se han tenido en cuenta los diez criterios que indicaré a continuación. En cuanto al número de habitantes, los distritos han de seguir una distribución según la población total comprendida en unos rangos, teniendo en cuenta también la población mayor de sesenta y cinco años. Deben tener dimensión suficiente para el desarrollo sostenible de distintos tipos de servicios, nivel de especialización, coste y frecuentación. Se debe planificar conjuntamente en las demarcaciones para atención primaria, social y de salud. Es necesario poder organizar unidades de características socioeconómicas homogéneas.

Otro criterio a tener en cuenta es no dividir zonas básicas de salud ni sociales de atención primaria con los municipios a los que atienden. Y los centros y servicios de atención sociosanitaria de distrito deben estar en una isócrona razonable del domicilio del paciente. Hay que tomar en consideración el flujo natural de la población y poder definir unidades menores, intermedias, manteniendo unidad de gestión cuando exista una necesidad de descentralizar y adecuar servicios debido a distancias, poblaciones especiales, número de población, etcétera. Finalmente, es necesario considerar las agrupaciones actualmente existentes, como los distritos de salud mental y unidades y de los centros de atención sexual y reproductiva.

Atendiendo a los criterios anteriormente expuestos se realiza la propuesta siguiente. En un primer agrupamiento, se incluirían zonas básicas urbanas, periurbanas y rurales en unidades

homogéneas atendiendo a criterios socioeconómicos y de comunicaciones. En un segundo nivel de agrupamiento, se configuran los distritos, integrando unidades rurales con las urbanas, buscando un ámbito poblacional de dimensión suficiente como para permitir una asignación de recursos eficiente y configurando equipos de trabajo con responsabilidad sobre el distrito.

Teniendo en cuenta los criterios anteriormente descritos y la especial configuración geográfica y demográfica de Navarra, el plan hace una propuesta de estructura territorial integrada por un total de siete distritos, en los que se agrupan las cincuenta y siete zonas básicas de salud definidas en la Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra.

En primer lugar, se propone agrupar las zonas básicas de salud en unidades rurales, más o menos homogéneas en cuanto a dimensión poblacional y geográfica, y esto da lugar a tres distritos que coinciden respectivamente con las comarcas de Tudela, Tafalla y Estella. Se plantea para esta última un subdistrito que coincide con la zona de la Ribera Alta. Los tres distritos restantes cubren el espacio geográfico comprendido entre Pamplona y la zona norte de Navarra. En cada uno de ellos, las zonas básicas de salud de la capital se configuran como unidades urbanas, y el resto de las zonas básicas integran unidades rurales. Se busca así un conjunto poblacional mayor que permita una asignación de recursos eficiente.

Las cuatro agrupaciones de zonas básicas urbanas serían: Pamplona norte, Iruña centro, Iruña este, Iruña oeste. Las agrupaciones de zonas básicas periurbanas serían; Berriozar, Burlada, Sarriguren y Zizur. Y las cuatro agrupaciones de zonas básicas rurales serían: Irurtzun, Baztan, Noain Pirineo y la Ribera Estellesa. Las tres agrupaciones de zonas básicas mixtas sería la correspondiente a Estella, Tudela y Tafalla.

Los tres distritos que restan, excluidos Tafalla, Tudela y Estella, se despliegan geográficamente en abanico hacia el norte de Navarra, partiendo de la unidad urbana de Pamplona y abarcando, como ya se ha señalado, las restantes unidades básicas de ámbito rural.

El documento que les hemos entregado incluye un anexo final que recoge el cuadro completo y detallado de la estructura de estos siete distritos. No obstante, les resumiré a continuación las características estructurales de cada uno de ellos.

El Distrito 1 comprende 10 zonas básicas, con una población total de 109.000 habitantes. La unidad urbana de Iruña norte, con 49.000, está integrada por las zonas básicas de San Jorge, Buztintxuri y Rochapea, y la unidad rural, con otros 60.000 habitantes, por las de Altsasu, Echarri- Aranaz, Irurtzun y Leitza.

El Distrito 2 integra otras 10 zonas básicas, que en conjunto suman 109.000 habitantes. La unidad urbana se corresponde con Iruña centro, Chantrea, casco viejo, primer ensanche y segundo ensanche. La unidad rural de Burlada se compone de las zonas básicas de Ultzama, Villava y Burlada, y la segunda unidad rural, Baztan, comprende las unidades básicas de Lesaka, Elizondo y Doneztebe/Santesteban.

El Distrito 3 comprende 12 zonas básicas, con 100.000 habitantes. Se reparte en la unidad urbana de Iruña este, Soto Lezkairu, Mendillorri, Milagrosa y Aranguren, con 35.000 habitantes, y las unidades rurales de Sarriguren y Noain-Pirineo. La primera corresponde las

zonas básicas de Sarriguren, Huarte, Aoiz y Auritz/Burguete, y la segunda unidad rural, las de Noain, Isaba, Valle de Salazar y Sangüesa.

El Distrito 4 tiene una población total de 118.000 habitantes, 66.000 de ellos en la unidad urbana de Iruña oeste, Ermitagaña, San Juan, Iturrama y Azpilagaña, y una unidad rural, con las zonas básicas de Zizur, Echavacoiz, Puente la Reina y Barañáin.

El Distrito 5 suma una población de 62.000 habitantes. Comprende la unidad rural de Estella y un subdistrito de Ribera Alta, Lodosa y San Adrián. La unidad de Estella integra estas seis zonas básicas, Estella, Villatuerta, Allo, Ancín/Améscoa, Los Arcos y Viana.

El Distrito 6 comprende la unidad rural de Tafalla, con 62.000 habitantes, e integrada las zonas básicas de Tafalla, Artajona, Carcastillo, Olite y Peralta.

Finalmente, el Distrito 7 agrupa a las 7 zonas básicas de la comarca de Tudela, con una población total de 95.000 personas, y son en concreto Tudela Oeste, Tudela Este, Valtierra, Cadreita, Corella, Cintruénigo, Cascante y Buñuel.

El plan se iniciará este mismo año con la puesta en marcha del distrito piloto de Tafalla, que integrará las zonas básicas de salud de esta comarca, al que seguirá la implantación progresiva de los restantes distritos durante el periodo 2020-2022 de la próxima legislatura. Se han dado ya muchos pasos para que el distrito piloto de Tafalla sea una realidad de este mismo año y otros se darán en breve plazo de tiempo, entre los que destacaría la puesta en marcha del centro de urgencias comarcal, que iniciará su actividad el próximo día 1; el desarrollo de dispositivos y servicios de atención primaria de distrito que presten apoyo a los equipos de atención primaria para mejorar su capacidad de intervención comunitaria y su resolutividad; la descentralización de servicios hospitalarios para mejorar la accesibilidad, la coordinación y apoyar la estrategia de crónicos y otras estrategias de atención integrada orientada a la persona; la coordinación sociosanitaria; atención integral a las personas dependientes que favorezcan su permanencia en el hogar, prevenga los ingresos hospitalarios y la institucionalización permanente mediante una coordinación sociosanitaria de distrito, soporte domiciliario, convalecencia residencial, centros de día, etcétera. La coordinación de servicios de apoyo en la atención integral a la infancia en el ámbito local, atención temprana y rehabilitación en la escuela y descentralización de servicios de protección a la salud.

Se han evaluado también los recursos necesarios, que son los que pueden ver en el documento, que no entraré a detallar, porque también lo tienen y lo podrán ver con mayor detenimiento.

Quiero insistir que, para el desarrollo de los distritos, resulta indispensable la actuación coordinada de instituciones y departamentos, responsables de las políticas de salud, sociales, educación, trabajo, vivienda, etcétera, y de los activos comunitarios implicados en el territorio, como he comentado con anterioridad.

Los retos de la sanidad pública navarra exigen desarrollar un nuevo modelo basado en la gestión en el entorno local concreto que permita alinear los intereses de todos los agentes comunitarios con capacidad de intervenir para mejorar la salud de una población bajo un mismo objetivo.

Confío en que todos los actores seremos conscientes de la necesidad de acometer esta ordenación de servicios y recursos, y que su implantación y desarrollo contará igualmente con el apoyo de las instituciones y entidades implicadas. Nos jugamos algo tan importante como garantizar a la ciudadanía navarra una atención sanitaria de calidad, accesible, con una apuesta por el equilibrio territorial y la lucha contra la despoblación rural. Muchas gracias, eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchas gracias a usted. Vamos a comenzar una ronda con los distintos grupos. Por parte de UPN, señora Ganuza, tiene la palabra.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, queremos agradecer las explicaciones al Consejero. Necesitamos más tiempo para analizar con más detalle este plan de ordenación. Según lo que ha explicado, estamos de acuerdo en ordenar, reformar y agrupar, ampliando la cartera de servicios, pero queremos decirle que sí, que estamos de acuerdo si se mantiene la calidad de la oferta de la población que ha habido hasta ahora, y que se mejore, mejorar en aspectos tan sensibles como la continuidad de los cuidados a los pacientes, y que las guardias de presencia física no se eliminen, ya que son fundamentales para esta continuidad. No estaremos de acuerdo si se suprime atención en algún punto de los que ya existen.

Nos ha comentado que el distrito piloto de Tafalla va a empezar en breve. Tengo algunas dudas de cómo va a empezar. Creo que si, tal como explicaron, va a empezar, es un despropósito, porque en el procedimiento por el que se va a regir, en vez de organización, veo desorganización porque el procedimiento no contempla el cambio de personal entre los dos ámbitos de trabajo diferentes, rural y extrahospitalario. Estaríamos de acuerdo sin la supresión de atención de urgencias de Olite, ni el traspaso de los profesionales sanitarios y facultativos a otro ámbito, porque incumple el procedimiento.

Este es el primero de una serie de distritos. Entonces, quisiera que, antes que empiece en otros, nos garanticen la asistencia continuada en todos los puntos, que no se cubra con el mismo personal, que las urgencias no se cubran con el mismo personal, por ejemplo, que estaban en Olite y se trasladen a Tafalla, y lo mismo en otros en otros centros. Quiero decirle que así vulneraríamos la resolución 143/2014que establece el modelo de atención continuada y urgente basado en la presencia física de los profesionales en todas las zonas básicas de salud. Si esto ocurre, no contará con nuestro apoyo, pero si se mantiene y se mejora, cuente con nuestro apoyo. Necesito un poco más de tiempo para analizar con más detalle. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchas gracias a usted. Por parte de Geroa Bai, señor Eraso, tiene la palabra.

SR. ERASO SALAZAR: Gracias, Presidenta. Brevemente. La señora Ganuza pide más tiempo para estudiarlo, y luego, resulta que le ha encontrado pegas por todos los sitios, antes de estudiarlo. Esa es la capacidad que tiene la señora Ganuza.

Nosotros vemos que es un plan ambicioso, que entendemos que debe suponer una mejora en la atención primaria. Esto, al final, supone un reto para desarrollar un modelo de gestión distinto, mejor gestión y mejor atención a la ciudadanía. Entendemos que estas agrupaciones han de favorecer la gestión, la prevención y la atención, y que servirán para consolidar la atención primaria, en definitiva, para mejorar la salud de la población.

Nos deja tranquilos que estos distritos no vayan a minar ninguna zona básica de salud, que se van a seguir manteniendo y que las personas van a recibir la asistencia en los mismos sitios, y que lo único que va a ocurrir es que o van a tener más servicios y no van a tener que viajar tanto a Pamplona para recibir atención, que se les van a poder prestar muchos servicios en su zona de residencia, con lo cual es una medida muy potente para luchar contra la despoblación y por el tema de la cohesión territorial.

Por nuestra parte, si ahora, con la implantación del proyecto en la zona de Tafalla, se ve que los rendimientos y que la satisfacción de la ciudadanía es buena, adelante con el desarrollo de los otros distritos. Si esto asegura el servicio a la ciudadanía y no supone una centralización de servicios y una pérdida de servicios en las zonas rurales, por nuestra parte, apoyamos el proyecto. Veremos cómo se desarrolla este proyecto piloto de Tafalla y, luego, ya haremos la valoración, pero en principio, la ordenación no nos parece mal si lleva consigo una mejora en la atención sanitaria. Gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Gracias a usted. Por parte de Euskal Herria Bildu, señora Ruiz, tiene la palabra.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, presidenta andrea. A nosotras nos gusta el planteamiento de ordenación de los servicios de salud con base en distritos. Además, valoramos la visión global que tiene el planteamiento. Creo que está lejos de parches que, por ejemplo, en la anterior legislatura se quisieron poner en marcha, y nos parece adecuado implantar un modelo territorial, sobre todo, por tres razones, y viendo, además, los objetivos que se contemplan: por una parte, porque uno de los objetivos es fortalecer y apoyar la atención primaria; por otra parte, como decía también el señor Eraso, porque se descentralizan y se acercan determinados servicios, no solo de salud, sino también sociosanitarios, incluidas las urgencias, las mercancías, y entendemos que eso mejorar la equidad territorial; y por último, porque favorece la coordinación y la atención integral e integrada de las personas, y amplía los servicios.

Por eso, compartimos los objetivos que se persiguen, compartimos también los tipos de dispositivos de distrito que se están planteando, y también compartimos las estructuras de coordinación que se plantean. Creo que uno de los ámbitos donde tenemos que incidir, porque todavía estamos lejos de alcanzar los objetivos que se habían planteado, es toda la consecución del espacio sociosanitario. Por eso, a nosotras sí que nos parece un acierto hablar de consejos sociosanitarios de distrito, creemos que era importante revitalizar los consejos de salud y, por tanto, una visión más global, con la participación de entidades locales, con la participación de los servicios sociales, y los servicios de salud, además, favoreciendo una planificación conjunta de la atención primaria de salud y la atención primaria social. Es algo que hemos reivindicado durante muchos años y creo que este modelo puede favorecer que eso se vaya haciendo, al fin, aunque sea poco a poco. Entonces, desde ese punto de vista,

creemos que este modelo sí que tiene una potencialidad, además, unida a cuestiones que hemos planteado también en la anterior comparecencia.

El Observatorio de Salud Comunitaria y los perfiles de zonas, la estrategia de envejecimiento activo también, con todo el trabajo que están haciendo muchas entidades locales, con proyectos locales de promoción de la salud también en determinados colectivos. Creemos que potencialmente es un modelo que puede ser potente en ese ámbito.

Creo que a nadie se le escapa que había un mandato claro desde la legislatura pasada para abordar una reforma de la atención primaria y continuada que respondiera no solo a las necesidades crecientes de la población, sino también a las necesidades propias del sistema sanitario. Creo que a nadie se le escapa tampoco la chapuza que se intentó hacer la legislatura pasada y que esto, de alguna manera, subsana ese planteamiento, hace un planteamiento mucho más ambicioso, no en un contexto de un plan de ajustes y de recortes, sino en un planteamiento realmente de mejorar la atención. Luego ya valoraremos cómo se implanta, qué resultados se obtienen, etcétera, pero creo que la confección y el planteamiento inicial son absolutamente diferentes.

Lo hemos dicho, y lo tengo que volver a decir: no se ha abordado con la prontitud que a nosotros nos hubiera gustado. Creo que al principio de legislatura se perdió un tiempo precioso, y estamos a día de hoy todavía… La semana pasada el señor Consejero todavía anunciaba que está próxima a aprobarse la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria. La última comparecencia de la que hablamos en el Parlamento fue el 15 de mayo de 2018, y también iba a probarse próximamente. Por tanto, quiero preguntar si ha habido alguna dificultad, si ha habido razones concretas. Sabemos que no es un tema fácil, sabemos que los consensos en este ámbito son difíciles de alcanzar en algunas cuestiones, y somos muy conscientes de las dificultades que conlleva una reforma. Además, estamos hablando de una pata de lo que es toda la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria. Esta es una parte de toda esa estrategia.

Ya lo dijimos a principios de legislatura, intentamos meter un poco de prisa. Creemos que se ha hecho un proceso que seguramente era necesario, creemos que se ha hincado el diente un poco tarde, pero estamos en el momento en el que estamos, y lo que tenemos encima de la mesa queda para la siguiente legislatura para implantarse y desarrollarse, pero en cuanto a planteamiento no lo ponemos en cuestión en ningún caso.

Quería también plantear algo que ya planteé en mayo del año pasado también. Es un tema en relación con la participación y la información a las zonas, en los distritos, cómo se está gestionando. Lo digo por evitar malentendidos, porque la ciudadanía también, los Ayuntamientos, los profesionales de las zonas tienen que tener la información suficiente, detallada, que se haga un proceso con transparencia y con toda la información, porque creo que es la mejor manera de recabar aportaciones desde las zonas, porque eso sí que estaba tanto en el acuerdo programático como en los programas electorales, por lo menos en el nuestro, para intentar subsanar también lo que se quiso hacer la legislatura pasada, y creo que esa es la marca de lo que tiene que ser hacer las cosas de otra manera, también en esa relación fluida y esa integración que se tiene que tener con las zonas.

Voy acabando. Por otra parte, tenemos algunas dudas con respecto a la gestión. Usted, en mayo del año pasado, cuando precisamente hablaba de la creación de distritos, decía que a medio plazo, los distritos podrían contar con capacidad de gestión integrada. No sé a qué se refería exactamente, si tiene que ver con el planteamiento, por ejemplo, que existe en el País Vasco, de las OSI, incluido también con el tema de las unidades de gestión clínica, que también son cuestionadas por parte de diferentes sectores. Hoy, según lo que hemos podido ver en el planteamiento que traen, hablan de coordinador de distrito, de un comité de coordinación de distrito, y nos queda más claro, pero no sé si ha habido alguna modificación en el planteamiento o estamos hablando de lo mismo. Simplemente es una duda.

Luego, hablamos de las demarcaciones. Compartimos los criterios que han establecido para demarcar esos distritos, pero en cuanto al planteamiento concreto, ¿se está hablando con las zonas? ¿Se han tenido en cuenta también las comarcas que se crean con la aprobación de la ley del mapa local? Lo digo porque si estamos hablando que la planificación va a ser conjunta, de atención primaria de salud y de atención primaria social, teniendo en cuenta que la atención primaria de servicios sociales va a ser competencia de las comarcas… Imagino que habrán tenido en cuenta esas cuestiones, pero como no se ha hecho ninguna referencia, lo queremos poner encima de la mesa.

Por último, aunque es un planteamiento global a estas alturas de la legislatura, queremos preguntar si hay una memoria económica, si hay un cronograma concreto, si hay un planteamiento más concreto. Estamos hablando que ya en Tafalla esté el plan piloto, ahora se va a empezar a funcionar con las urgencias comarcales, pero esto requiere un despliegue impresionante, no solo en el distrito de Tafalla, que es por donde se va a empezar, sino en el conjunto de Navarra. Por tanto, quisiéramos saber si tiene una estimación, un cronograma o algo un poco más concreto.

Por lo demás, reiteramos que nos gusta el planteamiento. Habrá que ver cómo se desarrolla y qué nivel de concreción va teniendo, pero en principio, estamos a favor que se implante un modelo territorial que acerque, que descentralice servicios y, desde luego, que mejore y coordine todos los servicios sanitarios y sociosanitarios, y también comunitarios, y también de emergencias. Gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchas gracias a usted. Por parte de Podemos-Ahal Dugu-Orain Bai, la señora Sáez tiene la palabra.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko, presidenta andrea. Muchísimas gracias, señor Consejero, por la explicación que nos que nos ha dado. De entrada, quisiéramos comentarle que, aunque el tema no es nuevo, sí que va a quedar ya para *posteriori*, y le queremos decir que por parte de Podemos-Ahal Dugu, lo que se hará es estudiarlo más en lo concreto y en sus concreciones reales.

La señora Bakartxo Ruiz ha comentado, y también he estado oyendo a la portavoz del PSN… bueno, creo que a todo el mundo nos ha venido la misma pregunta, que si han contrastado todo esto con el mapa local y toda la distribución de las comarcas. Yo no lo he podido mirar ahora mismo, pero es importante que vaya ajustado con toda la propuesta del mapa local en cuanto a las comarcas.

Por lo demás, así, para dejarlo para estudio, para estudio posterior, pero sí que compartimos cuestiones tan básicas como el tema de que ayude a la cohesión territorial, que vemos que sirve. Desde luego, como refleja todo el trabajo sociosanitario, insistentemente planteado desde aquí, desde Derechos Sociales, desde diferentes ángulos, y que además, pongan uno de los ejes en el tema de la atención especial a la infancia, como queda recogida dentro del departamento…

Les comentaba en esto que realmente todo el tema sociosanitario, cuando les he comentado la coordinación con el mapa local, también si está bien coordinado con todas las expectativas y cuestiones que tienen los diferentes Ayuntamientos en su cabeza y en sus prácticas actuales. ¿Por qué les digo esto? Porque, por ejemplo, hay experiencias en algunos Ayuntamientos, en Estella, por ejemplo –que puedo conocer; habrá otros muchos–, donde no tanto por salud, pero sí por educación hay experiencias de trabajo de este tipo de coordinación, donde se trabaja ya habitualmente en esta línea, quiero decir, que a veces es recoger lo ya existente, porque el sentido común está haciendo que las personas y las entidades ya estén funcionando, sobre todo, en materia sociosanitaria. En ese sentido, nos parecen bien los objetivos que plantean, tanto generales como específicos, la idea de lo que es el distrito como tal.

Se ha comentado también la estructura de coordinación, que en principio sabemos que está bien recogida, pero es cierto y saben que, además, no aquí, pero en otros lugares ha habido unas polémicas muy fuertes, si estamos apuntando o no las unidades de gestión clínica, porque para Podemos-Ahal Dugu, están siendo muy complicadas en muchos sitios. Por eso le he dicho que esto necesita más estudio de lo concreto.

Encaja en toda la filosofía que están planteando, cómo atender bien, no solo a la infancia, sino al envejecimiento activo, todo el tema de poner en primer lugar la atención primaria, desde los distritos, pero ponerla en el centro de las preocupaciones. Por tanto, nos parece importante y es, en ese sentido, unido a toda la atención comunitaria, la comunidad en buena unión, cómo va a llevarse esto a término.

Ya sé que soy insistente, pero les quiero volver a repetir que ustedes destacaron aquí también como una de las cuestiones también importantes el tema de la atención domiciliaria. Es una preocupación que la llevamos oyendo los cuatro años. Les queremos ser insistentes en que la atención domiciliaria, por favor, la pasen siempre por el prisma también de los indicadores de género para que realmente la hagamos bien y no hagamos que recaiga, sin querer, otra vez en manos de las mujeres.

Lo pasaremos, lo miraremos para la nueva legislatura, pero de entrada, compartimos los criterios. Me sumo a la pregunta. Esto, evidentemente, necesita plan, cronograma y dineros. Entonces, si lo tienen algo avanzado, estupendo, que nos lo vayan contando. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Mucha gracias a usted. Por parte del Partido Socialista, señora Chivite, tiene la palabra.

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: Muchas gracias por las explicaciones. Podemos compartir la filosofía que se plantea aquí, podemos compartir los objetivos, sobre todo, de acercamiento de recursos y servicios para la población. Esta es una cuestión que nos parece positiva, era uno

de los objetivos que se perseguían desde el inicio de la legislatura. Por lo tanto, en ese sentido, estoy de acuerdo, aunque tengo muchas dudas. Por ejemplo, ¿por qué no nos hemos replanteado modificar las zonas básicas de salud? El diseño de las zonas básicas de salud es del año 1986, si no me equivoco. ¿Estaríamos de acuerdo con las mismas zonas básicas o no? Punto número 1

Punto número 2. Es cierto que las zonas básicas de salud coinciden con las mismas zonas de los servicios sociales de base, fueron creados más o menos similares, pero no coinciden con el nuevo mapa local. Por tanto, aquí hay un problema de diseño, de distritos y de comarcas, porque algunos servicios sociales de base, por ejemplo, van a seguir perteneciendo al mismo sitio y otros de otros municipios va a pertenecer a otros, a otras comarcas, a otras zonas, según el diseño del mapa local. Por lo tanto, creo que este plan de ordenación es posible que pueda sufrir algún cambio.

Luego, más preguntas. ¿Hacen falta más profesionales? ¿Hacen falta más recursos económicos? ¿Planificación de ubicaciones y de espacios? En Tafalla entiendo que caben. Yo qué sé, en San Adrián supongo que también habrá espacios, o en Peralta entiendo que también, pero en otros sitios, no. Entonces, ¿cuál es el plan de ubicación de estos servicios comarcales o estos distritos?

Luego, entiendo que esto tiene que tener una normativa que lo acompañe, de lo que no se dice nada al respecto. Aquí nos basamos en una normativa del año 1985 de zonificación sanitaria y nos basamos en una ley foral de salud, que tendríamos que haber modificado ya esta legislatura, espero que lo podamos hacer la que viene. Por lo tanto, la base es un poco justa de normativa, y entiendo que tiene que haber una nueva normativa para la comercialización de servicios, si los profesionales pasan a pertenecer de atención primaria a atención extrahospitalaria, entiendo que también necesitará una nueva normativa. Por lo tanto, como digo, hay muchas dudas al respecto, que entiendo que habrá que aclarar.

A pesar de compartir los objetivos, también creo que la manera de hacer las cosas es importante, la forma, como les decía al inicio de mi anterior intervención. Comparto lo que decía la señora Ruiz, participación, transparencia, hablar mucho, mucho, mucho, con los Ayuntamientos y que no perciban que es un recorte de servicios, una eliminación de las prestaciones que se han dado en su municipio, porque hay veces que no son más que miedos o dudas, y creo que eso, si se trabaja de la mano con las entidades locales, siempre se trabaja mejor.

Creo también que este Plan de Ordenación de Servicios de Salud puede acercarnos al objetivo de reducir las desigualdades en salud, que es uno de los objetivos fundamentales que para todos los Gobiernos, independientemente del actual, el siguiente y el que venga, debe ser un objetivo a perseguir, y creo que con esto ahondamos más en la equidad, en la prestación de los servicios, andamos más en el acercamiento de los recursos y andamos más en ese combatir las desigualdades en salud.

Como digo, mis dudas al respecto son con todo lo que tiene que ver con el mapa local, con la comarcalización de servicios, si coinciden o no los distritos y las comarcas, con el plan

económico, con el tema de los profesionales, ubicaciones de espacios y la normativa, que entiendo que se debe hacer, que ampare todas estas modificaciones. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchas gracias a usted. Por parte del Partido Popular, señor García, tiene la palabra.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Muchísimas gracias, Presidenta. En primer lugar, queremos decir que compartimos uno de los principales objetivos que establece dicho plan, y es que se trata de mejorar la equidad territorial para reducir todas las desigualdades que existen a día de hoy en materia de salud con respecto a los diferentes servicios que hay en diferentes zonas de nuestra Comunidad. Este es quizás uno de los principales errores que ha cometido este Gobierno en esta cuestión.

Compartimos, a rasgos generales, estos objetivos, es más, creo que es una línea en la que se debería haber trabajado desde el inicio de legislatura. Nosotros, en este caso, votamos en contra de la reforma del mapa local, pero efectivamente, el mapa planteado con respecto a los nuevos distritos y a la nueva reestructuración territorial, en absoluto comparte con la reestructuración que hace la reforma del mapa local en las diferentes comarcas, y uno de los requisitos, una de las competencias que adquiere la propia reforma del mapa local con respecto a las comarcas, es parte de los servicios de diferentes programas que establece este planteamiento.

He ahí la duda. Entiendo que ya se ha tenido en cuenta ese planteamiento que se hace con respecto a la reestructuración del mapa local en comarcas. No sé si puede ser también la poca credibilidad que da la reforma de dicho plan, de dicho mapa. Quizás ahí puede radicar esta falta de concordancia, esta falta de coordinación a este respecto.

Nada más. Compartidos los objetivos, hará falta ponerlos en marcha. Estamos en la última Comisión de la legislatura en materia de salud, y no sé si es el momento más adecuado, más correcto, de plantear dicho un planteamiento, con la situación en la que se encuentra, y teniendo en cuenta que poco tiempo, poco margen va a tener este Gobierno para poner en práctica todo lo que establece dicho plan de ordenación de diferentes servicios. Compartimos lo que nos parece fundamental, la mejora de los servicios y la equidad de los servicios sanitarios. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchas gracias a usted. Por parte de Izquierda-Ezkerra, señora De Simón, tiene la palabra.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señora Presidenta. Muchísimas gracias, señor Consejero, y a todos los miembros de su equipo que le acompañan, una vez más.

Empiezo disculpándome por no haber asistido a la comparecencia anterior, pero estoy segura de que mi compañero ha hecho el papel perfectamente. Nosotros valoramos muy positivamente este Plan de Ordenación de Servicios de Salud, esa reordenación, porque es una reordenación en distritos, y mucho más al saber de dónde veníamos, que llegamos a vueltas con la atención primaria, con la reforma de la atención primaria, con la atención en la zona rural, con las urgencias rurales… Llevamos toda la legislatura pasada con muy poco éxito por

esto y trabajando en esta legislatura en mejoras parciales, y ahora, aquí nos encontramos en un plan, en un proyecto global, que, además, se va a experimentar en una zona.

Nosotros, desde luego, compartimos ese modelo territorial que está expresado aquí, compartimos los objetivos generales, los objetivos específicos. En particular, el compromiso está claro, el objetivo está claro, se trata de dotar a la atención primaria de todos los recursos necesarios en todas las zonas de Navarra, porque el objetivo es que todos los ciudadanos y todas las ciudadanas tengan las mismas oportunidades de acceso a los servicios sanitarios. Esto es algo que veníamos esperando desde hace mucho tiempo. Si, además, se contemplan más recursos, más servicios, más participación ciudadana y más coordinación con otros servicios, social, escolar, municipal, asociativo, etcétera, más que mejor.

Quería hacer una interpretación desde mi punto de vista. Esto tiene que ver con el mapa local, pero poco. Pasa lo mismo en Educación, cuando se establecen los distritos sanitarios, las concentraciones escolares, que se utilizan otros criterios, en ese caso educativos, de rentabilidad, de eficiencia, de eficacia. Aquí ocurre lo mismo. Cuando se reordenan los servicios de salud, los criterios son de eficiencia y en eficacia, y se zonifica en función de otras características también. No digo que no tenga que ver, porque sí tiene que ver, porque efectivamente, habrá que coordinar otros servicios, sociales, escolares, municipales, asociativos, y tiene que ver, necesariamente tiene que ver. Lo que digo es que no forma parte del nuevo mapa local de una manera que obligue a las administraciones locales, que es lo que hace la nueva reforma de mapa local a prestar determinados servicios. Estos servicios sanitarios son una obligación del Gobierno de Navarra, de la Administración Central, y lo que hay que hacer, y habrá que hacer, es establecer esa coordinación, pero tendrá que coordinar no sé qué zona con el servicio que le corresponda, por ejemplo, de los servicios de derechos sociales o los servicios escolares, pero no veo –insisto, no me estoy explicando bien– que eso tenga que ver con que haya que modificar el mapa local o que el mapa local suponga modificar estas zonas. Si en algún caso es necesario se modificará, pero no veo ese problema.

Es más, aquí se contemplan los dispositivos ya existentes en cada zona básica y se establecen distritos extras. Yo necesito más tiempo también para valorar esto con detenimiento, pero en todo caso, ahí tenemos un proceso de experimentación, de puesta en marcha, una zona piloto que nos dará una información muy interesantes sobre por dónde hay que seguir o si hay que hacer alguna modificación o corrección.

De momento, el día 1 se pone en marcha el centro de urgencias comarcal en la zona de Tafalla, que me he hartado, me he cansado de demandarlo y de pedirlo. Por lo tanto, mi satisfacción por todo esto. Gracias.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchas gracias a usted. Ahora, de nuevo, señor Consejero, tiene la palabra.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias. Como siempre, agradezco las aportaciones a los portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Solamente haré algunas aclaraciones, generalidades realmente, salvo en el tema de la implantación del SUC de Tafalla, en lo que concretaremos un poco más, antes de darle la palabra a Luis Gabilondo, que ha sido

quien ha trabajado este tema, como otros muchos temas, y lo ha vivido desde su gestación, y por lo tanto, nos podrá explicar mucho mejor el contexto en el que está.

Yo quiero decir que lo que hemos presentado es un documento técnico, una propuesta base, porque, efectivamente, la puesta en marcha de todo este proyecto de distritos, esta ordenación territorial por distritos necesita una modificación normativa, y de hecho, es algo que recogía en la ley foral de salud, que no ha salido, pero estaba recogido y sigue recogida.

Quiero decir también que, a su vez, está incluida en la Estrategia de Atención Primaria, que está ya en condiciones de podérsela remitir a todos los grupos. Esta vez es cierto que muy próximamente, y por lo tanto, y está en condiciones de enviárselo.

Una aclaración. Cuando hablaba de la capacidad de gestión integrada, entonces no tenía nada que ver son las OSI del País Vasco, sino que estábamos hablando de lo mismo que estamos hablando ahora.

Ahora, quiero aclarar un poco el tema de la implantación del SUC en Tafalla. El Servicio de Urgencias Comarcal en Tafalla es solo una parte del desarrollo del distrito de Tafalla; incluye muchas más cosas. Esto es un principio. Lo que sí quiero recordar, como ya he dicho otras veces, es que no va a suponer ningún menoscabo en asistencia. Estoy convencido de que se mejora clarísimamente. Lo que estamos buscando no es un recorte de servicios. De hecho, la implantación del SUC tiene un coste importante, pero lo que sí que es cierto es que estamos buscando la eficiencia y la mejor atención a la población.

De los tres tipos de urgencias que se puede diferenciar, que es la atención a las emergencias, la atención domiciliaria y la atención en el centro de salud, la atención a la emergencia claramente va a mejorar con la proximidad de la UVI móvil en Tafalla. Si hay que movilizar una UVI móvil a la comarca de Tafalla, en este momento se tiene que hacer desde Pamplona, a 40 kilómetros, y en este momento se va a hacer desde Tafalla, de donde Olite, por ejemplo, está a 4 kilómetros. Por lo tanto, en ese sentido se va a ganar, y, además, es donde merece la pena apostar por la asistencia de emergencia, es donde una persona, en emergencia y en las urgencias tiempo-dependientes, se juega el futuro y la vida, y por lo tanto, creo que merece la pena.

En cuanto a las urgencias a domicilio, se mantienen como hasta este momento. Lo que se modifica de entrada son aquellas urgencias leves que son atendidas en el centro de salud de las 20 horas a las 8 horas. En este momento, lo que se va a hacer es dejar una enfermera para ver la mayor parte de las urgencias, que insisto, son urgencias leves, porque pueden ir por su propio pie al centro de salud. Probablemente la enfermera lo resuelva.

Queremos ver realmente la función y el trabajo que tiene esa enfermera, si realmente compensa, y al cabo de tres o cuatro meses, hacer una reevaluación para ver si compensa mantener ese recurso o no, porque realmente, de los estudios previos que tenemos, esas urgencias son más o menos una media de 1 o 1,5 urgencia por de noche, desde las 20 horas hasta las 8 horas. Por lo tanto, pensamos que a futuro se podrá prescindir de ese recurso. Eso no significa que el punto de atención continuada se vaya a cerrar, porque lógicamente se mantiene la atención hasta las 20 horas, y sábados y domingos, se mantiene de las 8 horas a

las 20 horas. Por lo tanto, ese punto de atención continuada estrictamente no se va a cerrar. Eso es lo que quería aclarar. Ahora, le doy la palabra a Luis.

SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD (Sr. Gabilondo Pujol): Quería, sobre todo, solventar algunas de las dudas que se han planteado y, sobre todo, eliminar fantasmas, que suelen generarse muchas veces cuando se hacen proyectos de este tipo. Lo primero es que se trata de un documento estrictamente técnico, más que un plan. No nos parecía bien acabar la legislatura sin representarles una propuesta de plan. Como todo, deberíamos haberlo hecho antes, pero como todo no podemos hacerlo a la vez, hay algunas cosas que hemos hecho más tarde que otras.

Entonces, en este caso concreto, sí que es verdad que, como preveíamos la posibilidad que pudiera aprobarse la ley, en la ley sí que habíamos tenido en cuenta el concepto del distrito, pero está claro que ahora ya no era momento de aprobación de ningún tipo, pero sí que creemos que es importante, y además, hay que diferenciar dos cosas. Por una parte, es el modelo de concepto, y por otra parte, es la demarcación territorial, que son dos elementos diferentes. O sea, el modelo de servicio, la concepción de un servicio apoyado en un ámbito de distrito, como se ha explicado, es una cosa, y luego, si los límites van por aquí o van por allá, es otra.

Para esto segundo es necesaria la ordenación territorial y su aprobación por ley, y un proceso participativo, y todo lo que lleva de por sí una ordenación territorial obligatoriamente, pero aquí estábamos, sobre todo, haciendo una propuesta inicial técnica. Ese es el objetivo. Planteamos la posibilidad de hacer una prueba piloto, como se ha hecho en otras ocasiones, porque puede dar pie para ajustar el modelo mientras se va definiendo.

Para eliminar algunos fantasmas, en ningún momento se plantean cambios de dependencia jerárquica, orgánica, de personal de ningún tipo. El personal del hospital sigue siendo del hospital y el personal que se incorpora nuevo, que sería el que es personal de atención primaria de distrito, no estaría adscrito a cada una de las zonas básicas, sino que estaría adscrito a la dirección de atención primaria para ese distrito. No sé si me explico, pero sería personal nuevo. Por lo tanto, ninguna persona se va a ver afectada por cambiar su dependencia en este momento.

Hay que insistir que este modelo ya existe. Los sectores de salud mental, es esto exactamente. Los sectores de salud mental existen, y son equipos del hospital que tienen como ámbito de actuación un territorio concreto, que está demarcado, que es un sector, que por cierto, no coincide con lo mismo, que es los sectores de los centros de salud sexual y reproductiva, o de los CAN, que también son sectores, pero que no coinciden, o sea, que se hicieron de una manear en un momento dado, y en otro momento dado, de otra. Parecería lógico que fueran confluyendo. En este momento, los servicios de atención a domicilio ya están semisectorizados, se les asigna aunque todos estén en el hospital. Hay otros servicios que en ese momento están todos centralizados, pero que parece lógico que tengan un ámbito de trabajo en el ámbito más local.

Por lo tanto, primero eso, las personas que tengan asignadas un distrito, por poner un ejemplo, del ámbito de atención hospitalaria, un médico de medicina interna, no deja de ser

un desplazamiento de especialista, como hay en tantas comunidades autónomas, pero sigue siendo personal del hospital, que tendrá unos días a la semana, o lo que sea, como son los centros…

Tampoco está previsto concentrar servicios, que ahora están en la zona básica en el distrito. En ningún momento en el plan se contempla eso. Es un complemento que trata de… Por supuesto, hacen falta más recursos. Los recursos que más falta hacen son los recursos que se asignan específicamente de apoyo a la atención primaria en el ámbito local. Del ámbito hospitalario en principio no se prevé que sean más recursos, porque van a tener el mismo trabajo, lo único que en vez de hacerlo de una manera desorganizada, lo hacen con un ámbito territorial más concreto. Siempre habrá un pequeño ajuste, pero en principio, no es previsible. No sé si queda claro el concepto.

Luego, con respecto al tema del mapa local, hay un desajuste, no hay un ajuste perfecto. De hecho, cuando se hizo el mapa local, también tuvimos comentarios. Hay un problema, que es que nuestra ordenación, por definición, tiene que estar centrada en la accesibilidad, sin embargo, el mapa local tiene un objetivo de organización administrativa y de gestión de recursos más eficiente. Nosotros no podemos hacer una gestión, porque el que se mueve es el paciente. Nunca va a ser perfecta, pero sí que es cierto que tenemos una buena base. Las zonas básicas son prácticamente idénticas, y cuando se preguntaba: ¿Se puede hacer alguna modificación?, de hecho hemos comentado la posibilidad en pequeñas…, pero son mínimas las modificaciones que hay que hacer. Nos parecía que no había que tocar ninguna zona básica, pero en todo caso serían ajustes pequeños. Lo que sí que plantea, como pasa ahora, que los sectores de salud mental tampoco coinciden con los de atención a la mujer.

En todo caso, lo que queremos proponerles es el modelo de concepto, primera cuestión, el objetivo de plantear esto como un modelo a incorporar en su desarrollo. Le tocará al que le toque gobernar, pero ya tiene una base de un documento sobre el que puede empezar. ¿Tiene coste? Sí. ¿Es un coste asumible? Claramente sí, porque los recursos adicionales que se plantean, económicamente… Realmente, el único coste importante es el coste de los servicios de urgencia comarcales, y fundamentalmente el de Tafalla, porque el resto no requiere un gran incremento de recursos. Tafalla sí, Tafalla tenía la necesidad de reforzar sus servicios de urgencia incluso sin SUC.

El coste de los servicios de urgencias es un coste relevante. El resto de los costes son costes muy asumibles, que en el desarrollo de una Estrategia de Atención Primaria, deben contemplarse.

El cuanto al tema de los espacios, efectivamente, es una necesidad a la que habrá que dar respuesta, es decir, en este momento no está previsto la descentralización de tantos recursos y, por tanto, es un tema que habrá que tener en cuenta en la efectiva operativización de este plan. De hecho, puede ser uno de los primeros obstáculos, pero para eso se planifica, se planifica para ir adaptando los recursos.

Una cuestión que quizá no se ha comentado, pero la quería explicar bien es el concepto de distritos urbano-rurales. Podrían ser distritos puramente rurales. ¿Qué ocurre con los distritos puramente rurales? Que no juntan un volumen de población suficiente para justificar equipos

sostenibles. Yo puedo asignar un profesional, pero el día que está de baja… Equipos que, como son los de salud mental y los de los CASSYR, funcionan así, son urbano-rurales. Es un equipo urbano que tienen, además, que prestar servicio descentralizadamente. Por eso se ha optado por ese modelo, porque consideramos que es el más eficiente.

Una cuestión importante es que esto es fundamentalmente un tema organizativo, porque los ciudadanos no van a perder, etcétera, sino que simplemente es cómo se organiza el sistema sanitario para prestar una atención adecuada, y eso sí, refuerza o pone algunos recursos adicionales de apoyo a la atención primaria. Esa es un poco la idea y la propuesta. Por cierto, existen distintos en algunas otras comunidades autónomas, con distintas denominaciones.

SRA. PRESIDENTA EN FUNCIONES (Sra. Fernández de Garaialde y Lazkano Sala): Muchísimas gracias. Después de concluir el debate de este tercer punto y no habiendo más en el orden del día, se levanta esta sesión maratoniana.

(Se levanta la sesión a las 20 horas y 16 minutos).