TRANSCRIPCIÓN PENDIENTE DE CORRECCIÓN.

BORRADOR PREVIO A LA EDICIÓN DEL DIARIO DE SESIONES

COMISIÓN DE SALUD

Sesión celebrada el día 22 de febrero de 2013

Orden del día:

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para que informe y valore el nuevo servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre el Programa piloto de atención a domicilio que comenzará en Tafalla y Allo.
- Debate y votación de la moción por la que se insta al Departamento de Salud la rescisión o resolución administrativa del contrato suscrito con la Empresa Mediterránea de Catering, presentada por los GP Bildu-Nafarroa y Nafarroa Bai.

BORRADOR

(Comienza la sesión a las 10 horas y 5 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para que informe y valore el nuevo servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Buenos días, señores y señoras Parlamentarios. Damos inicio a la Comisión de Salud, ante la cual comparece la señora Consejera que, como es habitual, viene acompañada de todo su equipo: Jefa de Gabinete, Directora General y el Director General de Osasunbidea, del Servicio Navarro de Salud. Hay, como saben, tres puntos en el orden del día. El primero reunifica dos solicitudes en comparecencia, la primera de las cuales está solicitada por el señor Leuza, comparecencia para que la Consejera de Salud informe y valore el nuevo servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra. Y, al mismo tiempo, también por Bildu y por Aralar-Nafarroa Bai, comparecencia para que la Consejera de Salud informe, en referencia a las comidas del Complejo Hospitalario de Navarra, sobre la situación en que ha quedado la plantilla y valore la entrada en vigor del servicio privatizado. Por consiguiente, siguiendo el orden de solicitudes, señor Leuza, tiene la palabra para exponer sus motivos.

SR. LEUZA GARCÍA: Eskerrik asko, Lehendakari jauna. Señoras y señores Parlamentarios, buenos días a todos. Egun on guztioi. El pasado 21 de enero, haciendo efectiva la polémica –y protestada por buena parte de esta oposición, sindicatos, profesionales y afectados en general– como digo, haciendo efectiva la polémica de externalización del servicio de cocina del Complejo Hospitalario de Navarra, se ha dado lugar a la implementación del nuevo sistema de cocina en frío. Las incidencias y las quejas recibidas en las primeras jornadas, incidencias y quejas que, a día de hoy, no han cesado, que han sido calificadas como caóticas por los propios usuarios, han dado lugar a una situación de incertidumbre que, hasta por parte de miembros de su propio Gobierno, se ha puesto en duda, ahora, que el servicio privado de cocina sea mejor y más eficiente. Pacientes con dietas específicas, con su dolencia o enfermedad, han tenido que llevarse las comidas de sus propias casas y todos hemos asistido a incidencias lamentables que no han hecho

otra cosa que confirmarnos el sinsentido de este cambio que no tiene, a nuestro juicio, otro objetivo que el de privatizar y hacer negocio con los servicios públicos. Han pasado varios meses desde que usted anunció este cambio de un servicio que funcionaba por otro que, hasta el día de hoy –ayer mismo se publicaba que familiares de pacientes de Virgen del Camino bajan a la cocina con comida quemada para reclamar otros menús– hemos podido comprobar que ni es mejor ni están mejor organizados y, permítame que le diga, que desde mi opinión tampoco será, en el tiempo, más barato. Usted, señora Consejera, en todas las oportunidades que ha tenido, nos ha querido vender un nuevo sistema adornándolo de beneficios y bondades que, hasta el día de hoy, solamente usted, y solamente usted, las está viendo. Termino esta primera parte pidiéndole que nos dé una valoración objetiva y que, si es posible, no caiga en la tentación de echarle la culpa de todo lo acontecido a un sindicato, a saboteadores o a alguna conspiración judeomasónica con intención de acabar con el poder. Muchas gracias, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Ruiz Jaso.

SRA. RUIZ JASO: Eskerrik asko, Presidente jauna. Bienvenidas a la Consejera y a las personas que la acompañan. Cómo no, seguimos hablando de este tema. En el Pleno pasado también le realizamos una pregunta con el objeto de conocer qué seguimiento, qué control se está realizando desde la Administración para que se cumplieran los pliegos de condiciones y las condiciones también recogidas en el contrato ante los evidentes problemas, ante los evidentes errores que están sucediendo en el nuevo servicio privatizado. La respuesta que nos dio, desde luego, no nos dejó satisfechas y es la técnica que vamos viendo comparecencia tras comparecencia y pregunta tras pregunta, la misma también, como decía ayer, que utilizó el señor Goñi hablando sobre la CAN. Si hay algún problema, desde luego, balones fuera: los culpables siempre son otros. Siguen insinuando la posibilidad de sabotajes, que los trabajadores y trabajadoras no se adaptan al nuevo modelo y que ustedes, desde luego, no tienen ninguna responsabilidad. Al parecer son unos magníficos gestores y la versión oficial es que, desde luego, la Administración no tiene ninguna responsabilidad.

BORRADOR

Seguimos insistiendo, por tanto, en que nos dé una valoración que se ajuste a la realidad. Pero a la realidad, no a la versión oficial; a la realidad que están viendo los profesionales, a la realidad que están viendo los pacientes, a la realidad que están viendo también sus familias. Realizamos una visita hace 15 días también y aún salimos más preocupadas, por lo menos esta Parlamentaria. No por lo que vimos, porque nos enseñaron la parte bonita, evidentemente –unas nuevas instalaciones, una alta tecnología–, pero sí por la reunión que mantuvimos tanto con los responsables de Mediterránea de Catering como con los responsables de Osasunbidea. Digo que salimos más preocupadas aún por la actitud prepotente que mostraron los responsables de la empresa. Ya se lo dije en el Pleno también. Cuando hablamos de errores, nos dijeron que era una grosería hablar de errores. Yo creo que deja mucho que desear esa actitud. Autocrítica cero. Responsabilidades cero. Balones fuera en todos los aspectos que planteamos y, desde luego, un oscurantismo que, a nuestro entender, es inadmisible cuando están prestando un servicio público que pagamos todos y todas. Y digo oscurantismo –y voy a repetir lo que le dije también en el Pleno– porque al final parecía que teníamos que sacar la información con sacacorchos. Con sacacorchos. Ante la pregunta, por ejemplo, de si todo lo que se come en el hospital es elaborado allí mismo, la respuesta es afirmativa. Luego ya, cuando entramos a replantear la pregunta, a decir si los purés y las tortillas también, ah, eso no, eso es industrial. Bueno, con sacacorchos. Y luego también nos quedó la duda sobre las condiciones laborales. Porque sí que hemos recibido alguna queja de que no se están respetando los horarios estrictos, que no se están respetando los tiempos de descanso, etcétera, a lo cual el señor Carracedo no respondió que se está cumpliendo la legislación vigente. Ya sabemos que en las condiciones laborales la Administración no tiene supervisión directa, pero sí que entendemos que ustedes tienen la obligación de velar también por los derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras. En este tema, la segunda parte de la comparecencia que solicitamos, será qué valoración hacen también de la situación en la que ha quedado la plantilla. Quiero recordar que hay decenas de trabajadoras que han perdido su puesto de trabajo y, a la pregunta de cuántas personas están trabajando en estos momentos en el servicio, nos respondió el señor Carracedo que eran 106, de

las cuales 45, solo 45, son trabajadoras que desempeñaban antes su función en las cocinas. Por tanto, no sabemos a qué compromiso había llegado la empresa, pero entendemos y, según informaciones que teníamos anteriormente, que iban a contratar a más personas. Por tanto, nos gustaría saber cómo está ese tema, si tienen alguna noticia, y qué valoración también hacen sobre este tema. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, tiene su turno de palabra.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Muchas gracias a todos. Aunque hemos hablado sobre la externalización de las cocinas en numerosas comparecencias parlamentarias, me gustaría comentar, por contextualizar, este proceso que comenzó ya hace bastantes meses y que está a punto de finalizar. La cocina central unificada del Complejo Hospitalario de Navarra es un proyecto que tiene su origen en el desarrollo de la unificación de servicios asistenciales y no asistenciales que exige la creación del Complejo Hospitalario de Navarra. Fruto de un desarrollo histórico diferenciado, los hospitales de Navarra Virgen del Camino y Clínica Ubarmin han dispuesto de estructuras funcionales totalmente autónomas. Es el caso de las cocinas, que han sido independientes para cada uno de los centros desde el momento de la creación de la residencia sanitaria Virgen del Camino en los años 60. En los años 90, las transferencias sanitarias permitieron la aparición del órgano autónomo Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se planteó un modelo unificador de los centros hospitalarios de la calle Irunlarrea en el que ya se especuló y analizó la conveniencia de disponer de una única cocina que permitiera la economía de escala para los dos centros hospitalarios. Más de 20 años después, la creación del Complejo Hospitalario de Navarra ha permitido afrontar ese proyecto de unificación que tiene toda la lógica, y no solo desde el punto de vista de la eficiencia, sino desde múltiples perspectivas. Hasta hace un mes, en el complejo hospitalario había tres cocinas hospitalarias diferentes, con tres equipos responsables técnicos diferentes, con tres circuitos de suministro y compra diferentes y con tres plantillas diferentes. Tres cocinas que trabajaban de forma simultánea e independiente cocinando in situ en línea caliente dos veces diarias 365 días al

año. Así, se entiende que para administrar aproximadamente 800 dietas diarias la plantilla de las cocinas del complejo ascendiera a unas 204 personas. De los resultados de ese modelo, en términos de satisfacción de los usuarios y trabajadores asistenciales, nada hay que añadir a la lógica. Un servicio de estas características es óptimo en cuanto a resultados, pero no lo es tanto en cuanto a costes. Y creo que estarán de acuerdo conmigo en que mantener abiertas tres cocinas durante 15 horas diarias todos los días del año suponía unos sobrecostes que invitaban a ser corregidos. La unificación de la fase de producción es la clave para la racionalización del gasto en alimentación de un hospital y, para evitar que una unidad de producción centralizada tuviera incidencia en el servicio final en un centro hospitalario tan disperso físicamente, los técnicos del Servicio Navarro de Salud determinaron que la cocina en frío era la técnica más adecuada.

El sector de la producción de alimentos para colectividades, al igual que prácticamente todos los sectores de actividades industriales y de servicios, está viviendo un importante proceso de transformación que nos obliga a modificar unas formas de trabajar que eran válidas hasta hace bien poco, pero que están siendo superadas por el desarrollo de nuevas tecnologías, como la producción de platos y su correspondiente emplatado y la distribución en la llamada cadena fría, una tecnología que, pese a no tener todavía muchos años de desarrollo, ya está suficientemente experimentada en España y en otros países de nuestro entorno y supone un gran avance en la mejora de los objetivos cualitativos de higiene, nutrición y calidad del trabajo en la producción. Como ya hemos explicado en otras ocasiones, elegimos esta alternativa porque suponía la mejor opción de las tres que teníamos a nuestra disposición: el sistema de producción y emplatado en cadena caliente; el sistema de producción en cadena fría y distribución en cadena caliente con retermalización previa al emplatado; y el sistema de producción y distribución en cadena fría, emplatado en frío y retermalización posterior, cadena fría total. La utilización de tecnologías de producción en cadena fría en una cocina central presenta grandes ventajas que podemos resumir en una mejora de la calidad global con platos elaborados a partir de fichas técnicas totalmente testadas y estandarizadas, una clara disminución

de los riesgos de toxinfección alimentaria mediante el correcto control de las normas de higiene y el mantenimiento sin roturas de la cadena fría en todos los procesos hasta el momento de consumo por el paciente, y la reorganización de los sistemas de trabajo introduciendo nuevos elementos de producción más versátiles que permiten la planificación de la producción con antelación suficiente para evitar improvisaciones con resultados históricamente negativos. Además, la ventaja de la externalización de este servicio supone, entre otros aspectos, un incremento de la flexibilidad en la gestión al transformar coste de capítulo 1 y 6 en capítulo 2 y vincular el gasto al servicio real, permitiendo adaptarlo a variaciones en el contingente de camas del Complejo Hospitalario de Navarra. Además, simplifica la gestión –un único concurso de servicio cada cuatro años–, permite a la organización centrarse en lo esencial de la actividad hospitalaria, se garantiza la calidad, pues fija el nivel de servicio mediante contrato, y hay una mayor sensibilidad del proveedor hacia el usuario si la continuidad del contrato puede verse afectada. Fruto de ese análisis, el Servicio Navarro de Salud convocó un concurso público para la adjudicación del contrato de asistencia relativo al servicio de alimentación de pacientes del Complejo Hospitalario de Navarra en cadena fría, incluyendo en el citado concurso la construcción de una nueva cocina adaptada a este tipo de proceso en frío instalada en el edificio del hospital Virgen del Camino. Tras el correspondiente concurso de concurrencia, al que acudieron cuatro empresas con altos niveles de experiencia, Mediterránea de Catering obtuvo la adjudicación por obtener las mejores puntuaciones desde el punto de vista técnico y económico. También fue la empresa que expresó el más amplio compromiso de contratación de personal de plantilla procedente de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra. Esta empresa, líder del sector, sirve 25 millones de servicios de comida anuales solo en nuestro país y está presente en más de 40 hospitales españoles. A primeros de octubre de 2012 comenzaron las obras en la cocina por parte de Mediterránea de Catering que, como ya les dije, es quien asume el coste de la inversión en las nuevas instalaciones y que ha ascendido a más de 5 millones de euros. Finalizadas las obras y el equipamiento, se procedió a la puesta en marcha de las nuevas instalaciones según el siguiente calendario: el lunes día 21 enero entró en servicio el hospital Virgen del Camino, el

viernes día 1 de febrero lo hizo el Hospital de Navarra y, finalmente, el lunes 11 febrero lo hizo la clínica Ubarmin. Pero la dificultad del proceso no radica en las nuevas instalaciones o en las obras acometidas. La verdadera dificultad con la que nos hemos encontrado es que pasar de una producción en línea caliente a una elaboración en cadena fría supone, sobre todo, un cambio de concepto al que deben adaptarse tanto nuestros profesionales como los pacientes, como se han adaptado ya los más de 30 hospitales en nuestro país que utilizan este mismo método de cocina en frío.

El proceso del sistema de alimentación se inicia en el Complejo Hospitalario de Navarra con el acto médico de visita o diagnóstico del paciente. En este acto se pauta una dieta normal, conocida como basal, o una dieta especial que puede ser líquida, semilíquida, blanda, de fácil masticación, para disfagia, sin gluten, sin lactosa, con control de calorías, alipídica, hiperproteica… En fin, están catalogadas un total de 116 dietas diferentes en los adultos y 44 en niños. Todas ellas han sido preparadas por la sección de dietética del Complejo Hospitalario de Navarra y publicadas en el anexo V del pliego de cláusulas administrativas particulares del concurso. La dieta prescrita es registrada en el sistema de historia clínica Irati por las unidades de enfermería. Este sistema Irati está integrado con el sistema informático de la cocina central, de manera que se registra de forma automática el nombre del paciente, el tipo de dieta que tiene asignada y su ubicación. Este sistema, que está gestionado por Mediterránea de Catering, se denomina Dietools y en el mismo quedan registradas todas las dietas de cada día con sus ingredientes correspondientes. Esta información constituye la base para la compra de los diferentes niveles, el control de los almacenes y cámaras, la gestión de las órdenes de cocina, el proceso de emplatado y el proceso de distribución de carros. La elaboración de los alimentos se realiza según el sistema tradicional de cocción a temperaturas superiores a 65 grados centígrados. Una vez finalizada la cocción, se emplata en barquetas de forma inminente para pasar posteriormente al proceso de abatimiento, que consiste en bajar la temperatura de cocción a una temperatura inferior a 4 grados en menos de 2 horas. Esta técnica permite el mantenimiento de los platos con la máxima seguridad higiénico-alimentaria sin modificar las cualidades

organolépticas de los alimentos: el sabor, el aroma o la textura. El emplatado se efectúa en bandejas y carros especiales. Estos carros se distribuyen posteriormente a cada una de las plantas de hospitalización de cada uno de los hospitales, tarea que es realizada por personal de la propia compañía Mediterránea de Catering. Una vez allí, los carros son conectados a los puntos de retermalización, conectados al sistema de suministro eléctrico, y en 45 minutos se eleva la temperatura de los alimentos que deben servirse calientes o se mantienen refrigerados en el caso de los productos que se sirven fríos. Las horas a las que se sirven las comidas son, según lo establecido por el pliego en el anexo V, entre la una y la una y media de la tarde para la comida, y entre las ocho y ocho y media de la tarde para la cena. Finalizado el proceso de retermalización, el personal sanitario de la planta procede a desenchufar el carro y a desplazarlo por cada una de las plantas de hospitalización. Las auxiliares de enfermería, por su parte, van distribuyendo las bandejas desde el carro hasta cada una de las camas con paciente. Posteriormente, son las auxiliares, de nuevo, las que proceden a la retirada de las bandejas con el menaje usado de cada habitación, las introducen en los carros y estos se dejan en el punto designado. El personal de Mediterránea de Catering retira el carro de las plantas y lo lleva hasta la cocina central, a la zona de lavado, donde se procede a la retirada de los restos de alimentación y al lavado tanto del menaje como de los carros, quedando listos para un nuevo servicio. En total, en este proceso, en una parte u otra del mismo, interviene una gran parte de los 6.000 trabajadores del Complejo Hospitalario de Navarra. El equipo de personas relacionado más directamente con el proceso de elaboración y distribución está compuesto por los 104 trabajadores de Mediterránea de Catering en la cocina central, 254 celadores y 308 auxiliares de enfermería en las plantas, así como 7 dietistas y 6 médicos nutricionales en el control de las dietas. En definitiva, lo que he pretendido describirles es que estamos ante un complejo sistema con muchas personas y colectivos implicados, que precisa de un período de adaptación para que todo se coordine a la perfección y el paciente tenga el mejor servicio posible. Este sistema permite una paulatina adaptación de los horarios a las necesidades de las unidades de hospitalización y no a la inversa. El proceso de puesta en marcha de este nuevo sistema de producción en línea fría ha

sufrido una serie de incidencias o desajustes en diferentes fases del proceso de alimentación. Señorías, sin negar este punto ni restarle ni un ápice de la importancia que tienen estas reclamaciones, también quiero darles el dato de que en este primer mes de funcionamiento del nuevo sistema de producción en línea fría se han servido un total de 68.070 servicios de alimentación entre desayunos, comidas, meriendas y cenas para un total de 17.000 estancias y se han producido 531 reclamaciones: 281 en Virgen del Camino, 233 en el Hospital de Navarra y 17 en la clínica Ubarmin, lo que supone una tasa del 0,5 por ciento. Quiero insistir, una vez más, en la dificultad que entrañaba pasar sin solución de continuidad de un servicio de cenas con el método tradicional a un servicio de desayunos en producción en línea referidos. Aunque el trabajo realizado los días anteriores a la puesta en marcha fue intenso y exhaustivo, tratando de prever todas las incidencias que podían surgir para responder con prontitud si estas se producían, ahora, desde luego, a la vista de lo ocurrido, podemos admitir que el período de adaptación necesario está resultando superior a nuestras previsiones y, en nuestra opinión, la empresa Mediterránea de Catering cometió un error en el arranque del proyecto y fue debido a un exceso de confianza. Una empresa con experiencia de más de 20 años en el sector de la restauración de colectividades y que está presente en 17 provincias, con una cartera de más de 40 hospitales y residencias, además de 17 colegios y facultades universitarias, probablemente pensó que la transición en un centro relativamente pequeño, como el complejo hospitalario, sería más sencilla. Sin embargo, ya tienen experiencia en un proceso similar al ocurrido en el hospital Puerta de Hierro de Madrid, y nos han trasladado que se tardó un margen de tiempo en llegar a una valoración óptima del servicio. El Complejo Hospitalario de Navarra quizá sea más pequeño, y por eso pensaron que sería más sencillo, pero no contaron con que aquí nuestro equipo de dietistas realiza un excelente y exhaustivo trabajo, y tiene identificadas, como ya les he dicho, 160 dietas diferentes, con lo que el tiempo necesario de adaptación, probablemente, será el mismo que el que les ha ocurrido en otros hospitales porque, además, el complejo hospitalario cuenta con 3 hospitales dispersos también. La realidad con la que nos encontramos desde el primer día, puesto que estamos haciendo, lógicamente, un seguimiento diario de todo lo que

sucede en torno al proyecto, fue que se produjeron –y se siguen produciendo– una serie de incidencias que han llegado a afectar a algunos pacientes y que se han reflejado en la presentación de esas 531 reclamaciones en los servicios de atención al paciente. Por tipología de las mismas, podemos observar lo siguiente: en el nivel correspondiente al paciente, las quejas por horario de alimentación han sido 37 y temperatura, 14. Si bien fueron numerosas en el momento de la puesta en marcha, han ido disminuyendo con el paso de los días hasta prácticamente desaparecer. Algo similar a lo que ha sucedido con las quejas debidas a poca cantidad de alimentos, que prácticamente han desaparecido. En su práctica totalidad, estas incidencias no han tenido ninguna relevancia clínica, porque cuando ha habido riesgo potencial se han tomado las medidas correspondientes. Estos dos tipos de quejas, de horario y temperatura, son reflejo de una cierta resistencia al cambio. Aquí, y nuevamente a la vista de lo ocurrido, también he de reconocer que nos ha faltado capacidad didáctica para hacer comprender las nuevas condiciones del servicio a todas las unidades de hospitalización y que, a su vez, estas las trasladaran a los pacientes. Al margen de lo sucedido en los dos primeros días, el horario de servicio es uno de los ejemplos. El modelo de retermalización en planta permite una adaptación de las condiciones de cada unidad de hospitalización. Incluso el propio pliego establece una banda de 30 minutos para el servicio. Pues bien, incluso cumpliendo con los requerimientos del pliego, desde las unidades de hospitalización se han seguido esperando horarios de distribución de acuerdo con las costumbres anteriores, lo que inicialmente creó un cierto desconcierto. Las incidencias relacionadas con el tipo de dieta, aunque no son las más numerosas, son uno de los aspectos donde más interés estamos poniendo, lógicamente, para que desaparezcan cuanto antes. Conforme se ha ido perfeccionando la interacción de todos los agentes con el sistema informático Dietools, estas han ido disminuyendo. El 36 por ciento de las 37 incidencias detectadas tienen su origen en la alteración de la dieta sin sal. En 10 casos reflejan defectos en la textura del alimento, en 12 casos falta alguno de los elementos de la dieta y en 11 casos se vulnera parcialmente la dieta especial. Es el caso, por ejemplo, de colocar en la bandeja un sobre de azúcar en vez de uno de sacarina. Las incidencias debidas a mala calidad de alimentación, 268,

constituyen uno de los aspectos más controvertidos, pues tiene un alto grado de subjetividad sobre la calidad percibida por parte del paciente o sus familiares. Lo mismo ocurre con el apartado de múltiples problemas de alimentación, que son 158. Este tipo de quejas, a lo largo de este mes de funcionamiento, es el concepto que mayor variabilidad ha registrado con repuntes ocasionales y sin que se hayan producido unidas o vinculadas a algún hecho concreto relacionado con la alimentación. No obstante, la tendencia global es a la disminución progresiva, tal y como pueden observar en el gráfico proyectado.

Una vez analizadas las reclamaciones de los pacientes, pasemos a analizar las incidencias detectadas por nosotros mismos, por los profesionales que, día a día, están implicados para que el proceso de alimentación de todos los pacientes sea un éxito en cada ocasión. Estas incidencias son detectadas durante el proceso de distribución de las dietas. La mayoría del personal del Servicio Navarro de Salud, como es habitual, ha cumplido con sus obligaciones y ha colaborado en todos los niveles con el fin de superar las incidencias propias de un proceso de cambio tan complejo como este, y quiero aprovechar para expresar mi reconocimiento público a todos ellos, y especialmente al personal de enfermería y los auxiliares, que se han esforzado mucho por normalizar la situación que se creó en los primeros días lo antes posible y, además, diariamente, detectan las incidencias y las transmiten con el objetivo de que la calidad del servicio de alimentación sea óptimo. Dicho esto, también es cierto que un colectivo relativamente pequeño ha ocasionado algunas incidencias que, obviamente, no han ayudado absolutamente nada a que la transición de un sistema de alimentación a otro haya sido más satisfactoria para todos. En este sentido, tengo que destacar la oposición de algunos auxiliares y celadores que, influidos por el sindicato Lab, se negaron a transportar los carros, a repartir las bandejas que estuvieran situadas en los carros a una altura superior a la del hombro o inferior a la de la rodilla, y a desenchufar el carro del suministro eléctrico. En este apartado, me gustaría señalar que, tal y como se expuso a los trabajadores y a sus representantes sindicales, el servicio de prevención de riesgos laborales realiza un análisis previo de los carros de distribución de los alimentos y de

sus características ergonómicas en el arrastre, recogida y distribución de bandejas, resultando todos ellos aptos en todos los conceptos. Lo que sí se detectó fue el hecho de que las bandejas pueden presentar una alta temperatura en el momento de la distribución, y se recomendó el uso de guantes protectores, procediéndose a su distribución para todo el personal.

Respecto a la controversia que algunos trabajadores han mantenido con la dirección del complejo hospitalario sobre las tareas y funciones de cada uno de los agentes, de acuerdo con lo especificado en el pliego de condiciones del concurso, Mediterránea de Catering tiene la obligación, y así lo está haciendo, de entregar los carros cargados en las unidades de hospitalización, conectarlos a los puntos de retermalización y retirarlos desde el mismo punto de entrega una vez cargados con las bandejas después de las comidas. Ningún miembro del personal del Servicio Navarro de Salud está realizando funciones o tareas que correspondan a la empresa, ni tampoco está realizando funciones que no le correspondan por su puesto de trabajo. En este sentido, la dirección del Complejo Hospitalario de Navarra denunció estas actitudes del sindicato Lab ante la Comisión de Personal del Complejo Hospitalario de Navarra y adoptó las instrucciones necesarias para que el personal hiciera las tareas propias de su puesto. Merece la pena destacar, en este apartado de la distribución, incidencias por desenchufado de carros, reprogramación de los mismos y apertura violenta del cierre de uno de ellos. Estas circunstancias, si bien fueron frecuentes en la primera semana de funcionamiento, prácticamente han desaparecido con el paso de los días.

Y podemos analizar ahora las incidencias detectadas en la cocina central. La cocina central es el lugar donde mayor evolución y mejora se ha experimentado. El proceso de emplatado es uno de los puntos más críticos y, por tanto, donde mayor control hay. Generalmente, hay dos dietistas del Servicio Navarro de Salud controlando todo el proceso, supervisando los aspectos higiénicos del emplatado y la adecuación de los víveres a la dieta solicitada. Las incidencias surgidas en esta fase son subsanadas de forma inmediata y luego son tratadas en las reuniones de trabajo con la empresa en un proceso que busca la mayor calidad global para el paciente. Ha de reconocerse que el nivel de exigencia que desde el principio establecimos con

respecto a la empresa adjudicataria es muy alto. El Complejo Hospitalario de Navarra es un hospital altamente especializado y los pacientes requieren de un alto porcentaje de dietas diferentes de las basales. Que más del 50 por ciento de los pacientes lleven alguna dieta con modificaciones de la basal y que tengamos un total de 160 diferentes, son cifras comparativamente más altas que otros centros de nuestro nivel. Además de los controles directos en cocina central y del ejercido por las unidades de enfermería en cada una de las plantas, también se han organizado catas aleatorias de los menús servidos. La sistemática es la siguiente: se produce el ingreso de un paciente ficticio en una habitación vacía y se encargan 2 o 3 tipos de dietas diferentes para su análisis exhaustivo por parte de un comité formado por responsables del servicio del Complejo Hospitalario de Navarra y de la sección de dietética y nutrición, y en el que también está presente la empresa concesionaria. En cada una de las pruebas, se han evaluado 2 o 3 bandejas de comida, se han pedido distintos tipos de menú en cada prueba. Los días de las pruebas han sido el 29 enero, el 4, 7, 11, 14, 18 y 21 febrero. En cada prueba se han evaluado: tipo de dieta, hora de la ingesta, aspecto general, temperaturas de los platos, pesos de los platos, si cumple requisitos nutricionales y sobre alérgenos, estado del menaje, tarjeta de la bandeja, sabores de los platos y valoración con observaciones. En las pruebas participa el servicio de dietética con un médico, enfermería con la jefa de áreas de las dietistas, cocina con su jefe de sección, el servicio de administración y servicios generales y representantes de la empresa concesionaria Mediterránea de Catering. El objetivo de las pruebas es evaluar la comida, y plantear mejoras al servicio. Hasta la fecha, el resultado ha sido la mayoría de las veces de correcto. Sin embargo, también es verdad que en algunas se observan incidencias como que el peso de algún determinado alimento no es el indicado, siendo más frecuente el exceso de peso que el defecto, que se ha cambiado algún alimento por otro equivalente o que falta algún alimento específico adicional establecido por los dietistas. En algún caso, por ejemplo, faltaba un vaso de leche que los dietistas habían establecido. En todos estos casos, lógicamente, se le requiere a la empresa su inmediata corrección. Este es un proceso, señorías, en el que todos debemos poner de nuestra parte para adaptarnos al trabajo de unos y otros, con el objetivo común de satisfacer las necesidades

nutricionales del paciente. Por ello, el equipo de personas que diariamente está trabajando duro para que el servicio funcione lo antes posible, lleva un registro de todos los posibles aspectos que considera que la empresa debe mejorar y se les comunica diariamente.

Señorías: todas estas incidencias que, como ven, están corregidas, supervisadas y exhaustivamente analizadas, nos han hecho tomar algunas decisiones, lógicamente. Desde las semanas previas al inicio del servicio, un grupo de trabajo constituido por el director del complejo, el jefe de administración y servicios generales, el jefe de la sección de alimentación, el jefe de la sección de dietética y nutrición y la jefa del área de enfermería de hospitalización ha estado realizando el seguimiento del servicio de alimentación y se han mantenido reuniones de trabajo prácticamente diarias con la empresa concesionaria, al margen de otras tantas con el personal auxiliar de enfermería y la sección de dietética y nutrición. Fruto de este seguimiento, y ante la persistencia de algunas incidencias y tipo de reclamaciones, la dirección del complejo, en su calidad de unidad gestora del contrato, consideró oportuno enviar una amonestación formal a la compañía con motivo de las quejas producidas por el cambio de alimentos en los menús y por las incidencias higiénicas en el proceso de emplatado. El Servicio Navarro de Salud, como responsable del servicio y velando por la calidad del mismo para nuestros pacientes, ha requerido a la empresa adjudicataria Mediterránea de Catering la adopción de las medidas necesarias para la corrección de todas las incidencias que se han ido produciendo desde la puesta en marcha del nuevo sistema de cocinas, y continuará haciéndolo en tanto en cuanto no consideremos que el nivel de servicio sea el adecuado. Dado que, como les digo, y a pesar de todo, todavía seguimos detectando que estas incidencias siguen produciéndose, se le ha abierto un expediente a la empresa con el objetivo de valorar las incidencias señaladas y, en su caso, establecer la sanción correspondiente. Con esto no queremos decir que no valoremos el esfuerzo que está haciendo la empresa, pero –como les he dicho– nuestro nivel de exigencia es alto y lo seguirá siendo, y nosotros somos los máximos interesados en que el servicio se preste de forma óptima. La empresa, por su parte, se ha comprometido a no escatimar ningún recurso

ni esfuerzo para corregir las dificultades surgidas. En este sentido, tengo que decir que ha sustituido a alguno de los responsables del servicio y ha reforzado los equipos con el fin de garantizar un adecuado servicio de alimentación y solventar todos los problemas que han ido surgiendo, que se los hemos comunicado y que ellos han reconocido. El Servicio Navarro de Salud valora positivamente algunas de las mejoras percibidas. En este sentido, la puntualidad en el reparto ya es buena y la calidad de la comida ha mejorado sustancialmente, pero todavía queda un margen de mejora que es preciso atajar y que, por nuestra parte, queremos alcanzar lo antes posible. Por todo ello, señorías, me gustaría que a la hora de juzgar la puesta en marcha de este servicio tuvieran en cuenta todos los factores que les he relatado y que han influido en mayor o en menor medida en este primer mes de funcionamiento de la nueva cocina: la complicación de pasar de un sistema de producción en caliente a la producción en línea de frío; el cambio de mentalidad y de cultura que supone la alimentación mediante este sistema que, obviamente, tiene diferencias con respecto a la comida tradicional; la presión que todos los colectivos han soportado sabiendo que estaban en el punto de mira de muchos observadores que estábamos analizando con lupa todas sus acciones; el sobreesfuerzo que ha supuesto para todas las unidades de hospitalización el hacer frente a estas primeras incidencias garantizando al mismo tiempo la correcta alimentación y la calma del paciente; y el lógico período que necesita toda empresa y toda persona para adecuarse a una nueva forma de trabajar. Señorías, en todo proyecto de colaboración entre el personal propio y el personal externo surgen inicialmente situaciones de tensión y fricción que nada tienen de extrañas. Ya aparecieron en su día cuando se externalizó el servicio de lavandería o en las diferentes externalizaciones de servicios de alimentación del hospital psiquiátrico o del hospital Reina Sofía. En este caso, el modelo supone cambios adicionales que implican a muchos estamentos y a muchas personas. Con esto no quiero eximir de responsabilidad ni a la empresa Mediterránea de Catering ni a nosotros, los responsables del Servicio Navarro de Salud. En cuanto vimos que el arranque no había sido como todos esperábamos, enviamos un comunicado a los medios lamentando las molestias que estas circunstancias hubieran podido causar a los pacientes y pidiendo disculpas públicas por ello.

BORRADOR

Dijimos entonces, y reitero ahora, que reafirmo el compromiso tanto de la dirección como de todos los trabajadores del Servicio Navarro de Salud de no escatimar ningún esfuerzo para que el servicio sea prestado con la calidad que requieren los pacientes ingresados. Por eso quiero pedirles hoy aquí que, pensando en los pacientes –y aunque sé que muchos de ustedes están en contra del proyecto externalización– intentemos entre todos bajar el nivel de crispación que hemos vivido con este tema, porque de esta manera la empresa y el propio personal del Servicio Navarro de Salud podrán continuar trabajando y mejorando cada día el proceso de alimentación que tanto contribuye a la recuperación de todos los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Navarra. La externalización de la cocina es una mejora de la eficiencia. El dinero que nos ahorramos revertirá en una mejora de la atención sanitaria a nuestros pacientes, pero vamos a necesitar unas semanas para que culmine por fin este proceso que, insisto, es complejo y largo, pero que gracias a la ayuda y a la profesionalidad de nuestros trabajadores del Servicio Navarro de Salud, estamos cada vez más cerca de obtener. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Leuza, como Parlamentario no adscrito tiene la palabra.

SR. LEUZA GARCÍA: Muchas gracias, señor Presidente. Señora Consejera, muchas gracias por su información, aunque creo que usted ha basado su información en dos partes. La primera, más propia de la propia empresa contratada, en su plan de viabilidad, en su proyecto de implantación. Parecía que era un corta y pega de cuando tuvieron que presentarse al concurso. Y la segunda, más bien, haciendo una pequeña autocrítica, una crítica, porque es imposible negar la evidencia; después, para continuar haciendo algún propósito de enmienda para terminar diciendo que casi, casi, casi la culpa es de los sindicatos… desafectos… Era inevitable que usted lo dijera. Sí, casi, casi, los errores que ha habido eran normales, debidos a la implantación, y a algún sabotaje que otro. Eso es lo que usted ha dicho. Pero bueno, yo le voy a decir, señora Consejera, que nos puede decir usted lo que quiera, pero lo cierto es que la comida hospitalaria sigue siendo objeto de polémica y reclamaciones, pese a que desde su Departamento de Salud se

informó la semana pasada de que el servicio y la calidad de la comida han mejorado mucho y apenas se producen ya incidencias. A los errores en la adecuación de las dietas a las circunstancias sanitarias de los pacientes del complejo hospitalario se ha sumado últimamente la incorrecta preparación de platos, lo que ha provocado que acompañantes de enfermos acudieran a las cocinas que atiende Mediterránea de Catering para pedir menús alternativos o manifestaran su malestar a los profesionales del complejo. Permítame que le haga un repaso de las diferentes circunstancias que han ocurrido en este mes de implantación y que no tienen mucha relación con la visión tan optimista que usted nos ha transmitido hoy. Es evidente que su informe… No, sí, sí, porque usted había hablado optim… Sí, sí, más o menos justificando que en un mes es bastante normal todo lo que ha pasado. Es evidente que usted su informe lo ha hecho basándose en la información que ha recibido de arriba hacia abajo, pero yo, si no le importa, se lo voy a hacer un poco de abajo para arriba. Los primeros días fueron un auténtico desastre, ya que el personal contratado ni siquiera estaba informado de la ubicación de las unidades a las que tenía que subir los carros con la comida. Se perdieron carros, no llegaron a su destino y, por supuesto, los pacientes recibieron las comidas tarde y mal. La calidad y presencia de los alimentos dejaba muchísimo que desear. Algunos carros vinieron mal programados. No estaban listos a su hora o demasiado calientes y algunos casi quemados. Hay que decir que, aunque al inicio en el antiguo Hospital de Navarra parece que mejoró un poco el aspecto de la comida,, funcionó un poco mejor la distribución de carros, pero no se ha mantenido constante. Hay días que parece que se ha mejorado y otros que se vuelve hacia atrás. ¿Qué se percibe de la empresa? Desorganización total. Ellos mismos pidieron un aplazamiento del inicio en el hospital, ya que no llegaban con un solo edificio. El complejo les dijo que no, que los contratos ya se habían rescindido y que ellos habían asumido así la ampliación del servicio. No hay unos protocolos de actuación claros por parte de la empresa. No confirman por escrito ni los horarios ni qué hacer cuando ingresa un paciente fuera de hora, si llamar por teléfono, pedir por el programa, hasta qué hora dan una comida o cena, por ejemplo. Está pasando que se duplican las peticiones, ya que la que atiende las peticiones del programa no es la misma que la que recibe el cambio por teléfono. Poca coordinación del personal que

trabaja. No dan información clara, constante. Cambian cada día de forma de hacer las tareas. Los tipos de menú no son apropiados para un hospital: habas, mucha legumbre. Alimentos a los que no estamos acostumbrados en la zona: aceite en los desayunos en vez de mantequilla, alubias de guarnición. Cantidades escasas. Calidad bastante justa. Mucho hidrato de carbono: patatas y zanahoria en casi todas las comidas. Poca proteína. Menús muy descompensados. Errores frecuentes en las dietas especiales, sobre todo de diabéticos, sin lactosa, sin colesterol… bastante. Los proveedores de la nueva cocina no son los de siempre y traen productos de marcas no habituales, con el consiguiente retroceso que eso supone para la industria cercana. Horarios poco adaptados a un hospital. Hay ingresos de urgencia en cualquier momento del día. Ingresos programados que hasta que no viene el paciente no sabes qué dieta tiene. Mandan dieta comodín, muy limitada y escasa. Buenas palabras, pero seguimos igual. No solucionan casi ningún problema de los planteados. Parece que no trabajan en otros hospitales. No pedimos nada diferente. Les falta experiencia. ¿De qué se quejan los pacientes? Poca variedad de menús, y eso que, según decían, cada 15 se repiten los menús, pero no es así. Cantidades escasas, como ya he dicho antes. Presencia muy poco apetecible. A veces, la comida cruda, sin acabar de hacer –no le pillan el punto a la retermalización de los alimentos en los carros– y otras quemada. Errores en las dietas: cardíacos con sal –los panes siguen con sal para todos–, diabéticos con sobre de azúcar, arroces; y en los niños es muy complicado, ya que ingresan en la planta desde meses hasta 16 años. Hay mucha variedad de dietas y no las traen bien. Suciedad en los utensilios. Es impresionante esto en un hospital. Hicieron muchas reclamaciones a Atención al Paciente al principio. Han disminuido, no porque hayan mejorado sino porque ya están cansados de repetir lo mismo y de que no sirva absolutamente para nada. También dijeron –hasta esto dijeron– que se habían acabado los impresos. ¿Qué ha supuesto para el personal? Una sobrecarga de trabajo tremenda. Tienen que repasar bandeja por bandeja todas las dietas, reclamar lo que está mal en cuanto a alimentos. A veces hacen caso y a veces no. Comprobar temperatura: hay errores en los carros y la zona fría a veces es también caliente, o si se acerca a la pared del carro se congela. Los profesionales no pueden garantizar una dieta equilibrada para el

paciente, solo intentan que no haya errores. El programa, que en principio está bien, tiene unos horarios muy limitados para hacer cambios a consecuencia del proceso en frío. Para las 9 horas y 16 horas ya no se pueden hacer cambios en las dietas para la comida y la cena, respectivamente, ya que no lo tienen preparado, y si lo haces es una doble dieta y doble facturación. Sobran muchas dietas hervidas. Las altas, al estar preparada la comida desde las 9 horas no hay manera de anular este menú. Las bandejas están muy calientes por la zona caliente, y el personal se tiene que poner guantes para no quemarse. Fallo del sistema informático del Gobierno de Navarra que ha afectado estos días: no se actualizaban los listados de pacientes que nuestro sistema administrativo enviaba, por lo que esta circunstancia ha originado un caos total. ¿Se tuvo en cuenta que había que hacer obras en muchos de los servicios para que, por ejemplo, pudieran detenerse los carros donde acaban de hacerse los alimentos? ¿Dónde acaban de hacerse, si se hacen? Porque en algunos casos llegan crudos. ¿Quién ha corrido con los gastos de estas obras? ¿Se tuvo esto en cuenta a la hora de conceder la cocina a esta empresa? Me consta que hay cientos, sí, cientos de escritos de pacientes quejándose a Atención al Paciente del Complejo Hospitalario de Navarra por la calidad de la alimentación. Si usted, señora Vera, sigue insistiendo en que solo hay unas pocas quejas, le aviso de mi intención de llamar a comparecer en este Parlamento al gerente del complejo, que tiene los datos, y a la persona responsable de Atención al Paciente del hospital. Y todos sabemos que muchas veces, la gente, por muy descontenta que esté, no acude a la Atención al Paciente porque, además de tener que escribir la queja, no se fía mucho del procedimiento. Y no solamente son los pacientes, porque todas las supervisoras de enfermería tienen muchísimas quejas del propio personal. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Jaso, tiene la palabra.

SRA. RUIZ JASO: Pues muchas gracias, señor Presidente. Gracias también a la Consejera por las explicaciones que nos ha dado, bastantes más de las que le hemos pedido. Es que parece que viene usted de aburrirnos, a extenderse en sus explicaciones porque, sinceramente, los primeros 20

minutos de su explicación son una información que tenemos. Le recuerdo que hemos estado en una visita. Solicitamos una visita y estuvimos casi tres horas prácticamente viendo todo el proceso. Por tanto, la información que nos ha dado y el alegato que usted ha hecho del modelo y de cómo se funciona, eso ya lo sabemos. Aquí la hemos convocado para que nos diera su valoración, cosa que ha hecho en la segunda parte. Por tanto, los primeros 20 minutos, sinceramente, sobraban. De todas maneras, voy a empezar también por donde ha empezado usted: hablando y haciendo un alegato por la unificación, por el cambio de modelo al sistema de cadena en frío. Eso ya es un tema que hemos debatido suficientemente aquí y ningún grupo de los que estamos aquí nos hemos opuesto a la unificación de las cocinas, ni siquiera al cambio de sistema. Otra cosa es ya si el sistema en frío o el sistema mixto pudiera ser el mejor. Aquí, lo que usted no ha dicho, es que aquí no nos oponíamos a la unificación y al cambio de sistema, nos oponíamos a la tercera parte que usted nos daba en el mismo lote, que era a la privatización. A eso nos hemos opuesto, desde luego, algunos grupos. A ese alegato por la unificación, por racionalizar, a eso no se ha negado nadie. Pero se podía hacer, como decía la Cámara de Comptos, no se han valorado alternativas dentro del sistema público. Por tanto, me gustaría puntualizar eso.

Como ya le dije en el Pleno también, hemos solicitado los informes que se han recogido tanto de medicina preventiva, de dietética y nutrición, de salud pública y la relación de quejas de pacientes. Pero, mientras tanto, tal como ha hecho el señor Leuza, hemos tenido también acceso a partes de incidencias elaborados por enfermeras, por auxiliares, a quejas de pacientes también. Y, realmente, es preocupante. Es preocupante. Entonces, cuando se habla de que el sindicato Lab parece que es el que da azúcar a diabéticos, da pan en dietas trituradas… No sé, la teoría de la conspiración que a ustedes tanto les gusta yo creo que se desmonta. No somos nosotros los que generamos una alarma, los que nos inventamos las cosas. Tal como ha hecho el señor Leuza, tengo aquí partes desde el 1 de febrero, durante 15 días, que son realmente preocupantes y llamativos. Cubiertos sucios, infusiones sin agua con una bolsa, diabéticos a los que traen azúcar, dieta equilibrada de paella de primero y de segundo bacalao con arroz, de primero

ensalada y de segundo pescado con ensalada de guarnición… Esas son las dietas equilibradas, al parecer. Errores en las dietas donde, de la misma habitación, hay que pedir 3 cambios diferentes. En fin, merienda con no líquidos con tazas de leche, fruta muy verde, purés incomibles, incomibles porque no se pueden tragar, purés picados, dos pedacitos de carne en teoría en una dieta donde tenían pautados 125 gramos de carne, dietas diabéticas con galletas, zumos naturales no hay, las frutas batidas son también industriales, los postres lácteos tampoco son naturales, etcétera, etcétera. Bandejas sucias… cuando habla de higiene y habla de control de dietética, desde luego, son incidencias que imagino que nos llegarán también de manera oficial pero, desde luego, lo que nosotros no compartimos es la apreciación que ha hecho usted de que esto no tiene ningún tipo de relevancia clínica, cuando se están quejando. Y no es ya lo que sale en prensa, no es lo que podamos hablar cada uno de nosotros con conocidos que tengamos en esas circunstancias, sino también lo que dicen los propios profesionales. Próximamente tendremos una sesión de trabajo con dietistas que realmente están desesperadas, están preocupadas. Han hablado ustedes, y también les pregunto, por el servicio de dietética y nutrición, que al parecer están tan coordinados, lo que aducen es un completo descontrol, una completa descoordinación, que no les permiten, ni siquiera, coordinarse, ni siquiera hablar con las dietistas de la empresa Mediterránea de Catering. Usted ha dicho que, generalmente, hay dos dietistas en la cadena de emplatado, en la zona de emplatado. Curiosamente, cuando estuvimos en la visita parlamentaria no había ninguna. El señor Carracedo nos dijo: “aquí están las dos dietistas”. Y la dietista de Osasunbidea no estaba. Ni una, ni dos. Ninguna. Y la mayor queja que tienen es que no se les hace caso a lo que pautan, y es evidente. Hay unas pautas, triturada, diabética, con pan. Y dicen que no se les hace caso, que no pueden hacer su trabajo. Y próximamente vendrán ellas a decírnoslo a todos, pero no pueden hacer su trabajo, y esa es la sensación que tienen día tras día y, sobre todo, que no se subsanan los errores y que no se ponen medios suficientes para que esos errores se subsanen. Porque ya no estamos hablando de los primeros días, es que no estamos hablando de la primera semana. Estamos hablando de que, a día de hoy, siguen existiendo esos errores, esos errores. Claro, pero es que, visto el

nivel, cuando estuvimos reunidos con el señor Carracedo, decía que había salido en prensa ese alarmismo que está generando que a los niños diabéticos se les da café. Claro, es que los niños diabéticos tienen pautado café. Pues bueno, ustedes no sé, pero, desde luego, si encuentran un pediatra que les diga que a cualquier niño, sea diabético o no, se le pauta un café, nos lo traen y le convocamos a una sesión de trabajo. Eso nos dijo el señor Carracedo. Y luego, en declaraciones a la televisión también dijo lo mismo. Entonces, estos señores tendrán mucha experiencia en alimentación hospitalaria, pero desde luego es una aberración eso que nos dijo. Y eso se lo dirá cualquier pediatra al que consulten. Como ejemplo y como muestra, un botón. Y, como digo, esta alarma no surge de la nada, no nos lo inventamos ni por desestabilizar al Gobierno ni por ningún tipo de conspiración, y son errores inadmisibles. Y me alegro de que por primera vez hayamos podido ver hoy un primer atisbo de asunción de responsabilidades, de autocrítica, mínimamente. Hoy nos ha dado una información novedosa, que es que se ha abierto un expediente. Ahí mismo, cuando preguntamos en la visita y el otro día en el Pleno, preguntamos a ver si se había adoptado algún tipo de medida. Se nos dijo que había una amonestación escrita. Pero claro, es que viendo el pliego de condiciones administrativas, es evidente que hay razones suficientes para pensar que se están cometiendo infracciones catalogadas como graves respecto a la calidad, por ejemplo. Usted se escuda también en que lo de la calidad es algo muy subjetivo. Hombre, la calidad será algo subjetivo, pero cuando alguien tiene pautados 150 gramos de proteínas y le ponen dos pedazos de carne cuando la calidad, pues vale, a mí me puede parecer algo salado y a usted soso, pero si yo soy diabética, evidentemente, si a mí me dan la comida con sal, están poniendo en riesgo mi salud, ya independientemente de la calidad también. No es solo que me guste más o menos, no es solo que esté más o menos sabroso, sino que hay garbanzos como piedras y cosas quemadas o cosas heladas que hay que volver a recalentar y recalentar y recalentar. Y aquí en los partes de incidencia se puede apreciar cómo de muchas habitaciones se devuelve, no se toca la panga, no se toca el pescado, el pescado huele mal… sí, no me ponga esa cara como si me estuviera inventando las cosas, que si yo tengo acceso a estas incidencias usted tiene que tenerlo. Y esas aparecerán oficialmente.

Ahora no me diga que me estoy inventando las cosas. Por tanto, bueno, le preguntamos al señor Carracedo también si la empresa iba a realizar encuestas de satisfacción, y nos dijo que sí, que el mes próximo iban a empezar. Imagino que esas encuestas también se las pasará la Administración, y también queremos preguntar si la propia Administración, desde Osasunbidea –me imagino, me imagino, me imagino– que pasarán también algún tipo de encuesta de satisfacción al incorporar un nuevo servicio a Osasunbidea. Por tanto, me gustaría que me aclarara eso y si van a hacer públicos esos datos también. Ya para finalizar, nos llama a todos a bajar el nivel de crispación. Desde luego, vuelvo a repetir que los incidentes, las incidencias, no nos las inventamos los demás y que para bajar el nivel de crispación pongan las medidas, si van a incoar un expediente incóenlo pero, desde luego, las personas ingresadas lo que necesitan son soluciones y tener acceso a un servicio de alimentación en condiciones. Y en estos momentos no se están subsanando los errores. Luego, posteriormente, debatiremos una moción en la que instamos a dejar sin efecto el contrato con la empresa y seguimos pensando… Usted habla del período de adaptación, ha reconocido que es superior al que estaban esperando. Nosotros pensamos que es inadmisible y que ese período de adaptación tiene que darse por finalizado. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Fernández de Garaialde.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días a todos y a todas, y buenos días a la señora Consejera y a las personas que la acompañan. Yo, evidentemente, voy a empezar también dándole las gracias por la información que nos ha dado, no así por aquella que no nos ha dado. Porque claro, cuando muchas veces nos leen aquí las peticiones que hacemos, lo voy a hacer público para que al menos los medios de comunicación lo vean o lo oigan, y es que la sesión de trabajo después de que vinieran las trabajadoras para que nos explicaran en qué situación ha quedado la plantilla, cuántas trabajadoras ha asumido la empresa Mediterránea de Catering, qué condiciones laborales, etcétera, etcétera. Después ponía, por otra parte, nos gustaría que en esa misma comparecencia valorara el servicio. Con lo cual, insisto, le doy las

gracias por la información que nos ha dado. Evidentemente, no por la que no nos ha dado. No sé si lo deja para la segunda parte para que no tengamos réplica, pero en cualquier caso esto me da pie a hacerle unas preguntas que tampoco podrían estar dentro de la petición de información, pero me da pie a poder hacerlas.

Creo que hay que empezar el tema diciendo que separamos, y así lo hemos hecho siempre, el cambio de modelo de la privatización. Eso que quede muy claro. El cambio de modelo de la privatización. A ustedes les encanta mezclar el cambio de modelo con, insisto, la privatización. Le hemos dicho desde el inicio y desde que se inició este debate que estamos de acuerdo con la unificación, que estamos de acuerdo con el emplatado en frío, pero también hemos dicho que estamos de acuerdo, como dijo la Cámara de Comptos, en que se deberían analizar todas las alternativas, incluidos aspectos económicos y otros que puedan influir en la gestión del servicio, como pueden ser los sociales o las posibles desviaciones al alza en el coste de la dieta que genera la externalización, como ha ocurrido en el caso de Tudela. Entonces, como estamos de acuerdo con esas tres cosas, la primera pregunta que le hago y que espero que me responda es: ¿por qué o cuáles son las razones, los motivos, para no haber hecho este estudio para poder tomar una decisión con datos reales? Porque claro, luego aquí se nos habla de consenso, de que no hay que hacer política con la sanidad… Bien, muy bien, yo digo lo mismo. Pero como es una decisión política, ustedes han tomado la decisión política y nosotras creemos en otra decisión en función de lo que políticamente creemos. Entonces, yo les pido lo mismo. Yo les pido consenso, les pido que no hagamos política con la sanidad, que trabajemos por el bien de los ciudadanos y ciudadanas, muy bien, pero desde el sistema público. Les pido lo mismo. Pero vamos a revertir el concierto y hagamos lo mismo que ustedes nos piden, pero desde unas cocinas públicas. Lo dijimos además en su momento. Con la privatización se iban a empeorar las condiciones laborales, iba a haber despidos en un servicio además altamente feminizado, iba a haber peor calidad de la alimentación, tanto en la dieta basal como en las no basales. Es evidente –y no me voy a remitir a todo lo que ha salido en prensa– que esto es así y, encima, hay una descoordinación con los

dietistas del complejo. Tampoco me voy a meter porque en su momento vendrán los dietistas y nos explicaran en qué situación y qué está ocurriendo con la dieta en sí, teniendo en cuenta que nosotros siempre la hemos considerado como imprescindible y como parte del tratamiento para estas personas. Pero voy a seguir porque en el informe que, aun siendo incompleto, aquel que hicieron ustedes en un primer momento, se decía, y lo voy a leer: "la transición de un modelo a otro habrá que plantearla haciendo un análisis de cada caso, con acciones de recolocación del personal fijo y, en su caso, del eventual, en otros puestos del mismo nivel, en otras unidades del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, valorando además la posibilidad legal de contratación de personal eventual en el nuevo proyecto del servicio de cocinas". Como también estaba en la petición, quiero que me explique o que nos explique en esta Comisión, concretamente, qué se ha hecho con este tema. Qué se ha hecho, cómo se ha hecho, qué es lo que ha pasado con el personal, porque había antes 204 personas y ahora mismo, según nos dijeron el otro día hay 106, si estas 106 eran personas que estaban trabajando antes en las cocinas, si de esas no queda ninguna, se les ha echado y son personas nuevas, con el personal fijo… Quiero que nos explique absolutamente todo. Insisto, me hubiese gustado que nos lo hubiese explicado en la primera fase, porque hubiésemos tenido oportunidad de poder replicarle, pero aparte también quiero preguntarle porque claro, las previsiones que hacían ustedes eran una facturación con 101 trabajadores y trabajadoras, con un IVA concreto. El otro día nos dijeron, cuando estuvimos en las cocinas, que eran 106 de momento, pero que además iban a aumentar el número de personas que iban a contratar, y teniendo en cuenta que el IVA ha aumentado desde que se hizo esta previsión, sí que me gustaría saber cuál es la previsión que ustedes hacen ahora de esa facturación real, porque entonces el beneficio que nos decían con la externalización entiendo que también variará. Y también, en cuanto a la inversión, es cierto que en su informe ponía que la obra civil iba a ser de 2.185.000 y el equipamiento 2.900.000 sin IVA. Es decir, aproximadamente unos 5 millones. Cuando estuvimos el otro día, además, hablaban de 5 millones con una amortización a 8 años. Cuando estuvimos el otro día en la visita, nos dijeron que la inversión real había sido de 5,4 millones y también nos dijeron que lo que había dentro

del convenio firmado era que la obra se amortiza en 4 años. Entonces, teniendo en cuenta que cuando hicieron ustedes los estudios a la dieta le incluían 2,13 euros IVA incluido porque esa amortización la contemplaban en 8 años, entonces salía una dieta de 20,34. Pero claro, teniendo en cuenta que no es en 8 años sino que la amortización es en la mitad de tiempo, según nos dijeron los de la empresa, evidentemente la dieta sube, más encima incluido el IVA. Con lo cual, la tercera pregunta que le hago es ¿por cuánto sale la dieta después de estos cambios? Con lo cual, otra reflexión que hacemos es que, si el Gobierno es capaz de pagar 5,4 millones en 4 años, ¿por qué no ha hecho las cocinas públicas? Porque claro, ahora a mí me gustaría ese beneficio, con todos estos cambios y estas preguntas que le he hecho, si me las responde, cuál es el beneficio real, entonces, ¿por qué no ha hecho esas cocinas? Ya sabemos que a la hora de amortizar eso va vía gasto corriente y no va vía inversiones, pero ¿es real que el Gobierno de Navarra no tenía dinero para amortizar esas cocinas cuando lo va a hacer en 4 años? E insisto, ¿cuál es el costo real de cada menú, teniendo en cuenta que el IVA ha cambiado? Además, las amortizaciones también se han reducido. Es lo que quiero que nos conteste y sí me gustaría, sobre todo, que me responda a lo que pedíamos en la comparecencia. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señor Pérez Prados.

SR. PÉREZ PRADOS: Muchas gracias. Bien, pues yo también quiero iniciar mi intervención agradeciendo las explicaciones realizadas por la Consejera y la información trasladada, así como dar la bienvenida a las personas del departamento que le acompañan, y quería a continuación hacer algunas precisiones a la señora Ruiz… en su ausencia. No queda más remedio que hacerlo porque –bueno, voy a esperar a ver si viene, si regresa– porque me interesaban dos o tres matizaciones, sin más. También al señor Leuza me gustaría decirle que me alegro también, como en el resto de grupos, de que no haya oposición al cambio de sistema porque muchos de los aspectos, como las incidencias que ha resaltado, se deben precisamente al cambio de sistema de cocina en caliente adaptado al proceso en frío. Y la mayoría, a nuestro entender, yo creo que son de fácil resolución, la inmensa mayoría de los aspectos que han relatado, imagino que sacados de las

reclamaciones presentadas durante este primer período de implantación del nuevo sistema. También, algunas de las preguntas que hacía la señora Fernández de Garaialde yo creo que fueron respondidas allá mismo en la visita que hicimos la pasada semana a las nuevas cocinas con los responsables de la empresa, muchas de ellas. El IVA, la repercusión que va a tener ahora es la misma que iba a tener sin cambiar el sistema, ni las cocinas, ni la externalización. La misma repercusión iba a tener con un sistema que con otro porque eso ha sido una normativa reciente. Y el resto de preguntas también se podrían responder de la misma manera.

Aunque no esté presente, la señora Ruiz hacía algunas afirmaciones sobre esa visita del 12 febrero, como decía, que tuvimos ocasión de realizar a las nuevas instalaciones, como que habían dicho que era una grosería hablar de errores. Pues no, señora Ruiz, no se utilizó esa palabra. El concepto "grosero" se utilizaba en términos de grueso, no era ninguna grosería. Se habló de que un error supone un aspecto más grueso que una incidencia y que no aceptaban hablar de errores, pero en ningún momento se pronunció la palabra "grosería", sí el concepto de grosero en cuanto al grueso de la palabra utilizada, sin más. Luego, en cuanto a la afirmación de que se le preguntó si todo lo que se come es elaborado en la propia cocina, ya nos explicaron, ante la insistencia de la pregunta, que prácticamente todo, salvo algún par de alimentos, que incluso se citaron las marcas de un puré que era industrial porque era la única manera de asegurar el contenido de la dieta y los requerimientos nutricionales y las necesidades nutricionales de cara al enfermo, por lo menos lo que necesitaba. Este ya venía preparado así, con los contenidos ya especificados y adaptados a las necesidades de los enfermos, y ese era el motivo por el cual un par de alimentos se compraban y no se elaboraban en la propia cocina. También, en cuanto a los trabajadores, nos indicaron allí mismo que habían sido aceptadas todas las solicitudes que habían sido remitidas por los anteriores trabajadores de las cocinas. Esa fue la respuesta de los responsables de las nuevas cocinas de Mediterránea de Catering en relación con la pregunta que se les hizo. Todas las solicitudes que nos han llegado han sido atendidas, y creo que en torno a 45, o algo así, creo que continuaban trabajando con ellos, de los que habían entrado, que

eran alguno más en un principio. Y me alegro de escuchar que van a comparecer por aquí los dietistas del complejo, porque directamente a ellos se les puede preguntar por qué no había nadie del Sistema Navarro de Salud, pero sí de la propia empresa el día que estuvimos allí visitándoles. No es que no hubiese, como afirmaba la señora Ruiz, dietistas; sí que había, no había del sistema público, sí de la propia empresa. O sea, que tienen ocasión de preguntarles cuando comparezcan por qué no estaban en aquel momento en la cadena.

De esta visita, porque también tuvimos ocasión de visitar las antiguas cocinas, tanto del antiguo hospital Virgen del Camino como del Hospital de Navarra y, desde luego, la comparación de las instalaciones de unas y otras nos permite hacer una serie de afirmaciones además de las que ha hecho la Consejera, en el sentido de que sí que es evidente el aumento de la salubridad, de la higiene y de la seguridad alimentaria. Y, como consecuencia de esta afirmación, también se puede afirmar que es evidente también la disminución de riesgos de infección y de toxicidad en la alimentación.

Un tercer aspecto que me gustaría también resaltar sería la reorganización del sistema de trabajo, que va a mejorar, y la adaptación de los horarios de comidas a las necesidades y planificaciones médicas y del tratamiento, y no a la inversa como se venía haciendo hasta ahora. Estos horarios estaban supeditados a los horarios de los propios trabajadores de las cocinas y no a los que los profesionales médicos y el tratamiento requerían. Es cierto también que en esta visita los responsables de la empresa nos resaltaron la complejidad del sistema porque, efectivamente, nos decían que precisa casi de un cambio de mentalidad, un cambio de concepto, de concepción, y precisa de un período de tiempo que no va a ser muy pequeño. Va a ser más o menos amplio, de unos meses, para la adaptación completa, y sobre todo por parte del paciente, porque el paciente está una media de tiempo ingresado que está en torno a los 6 días más o menos, pero sobre todo por parte del personal de enfermería, también por parte del personal médico y de auxiliares de enfermería, pero fundamentalmente por parte del personal de enfermería, que va a necesitar un período de adaptación a este nuevo sistema. Derivado también de este período de adaptación, nos pedían,

y yo creo que con buena lógica, –algunos ponían ejemplos incluso de la política de los cien días– un margen de confianza, un período de confianza para que se vayan solucionando todos los incidentes, todas las incidencias y las reclamaciones que se pueden ir presentando en estas primeras semanas, incluso en estos primeros meses. De ahí también que nos produzca una cierta tranquilidad el hecho de que desde el propio Servicio Navarro de Salud se esté exigiendo la corrección de estas incidencias a la propia empresa y se vigilen desde cerca todos estos aspectos y la resolución de las incidencias que se puedan ir presentando en estas primeras semanas, en estos primeros meses. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Caro, por el grupo socialista de Navarra.

SR. CARO SÁDABA: Muchas gracias, señor Presidente, y gracias también a la Consejera y a su equipo por la información que nos trasladan hoy aquí. La verdad es que, si me lo permiten, yo voy a ir directamente al grano y, aunque adelante nuestro posicionamiento en relación con la moción que se va a debatir más tarde, ya anuncio que nosotros no vamos a apoyar la propuesta de resolución de rescindir el contrato. Al menos no lo vamos a hacer todavía porque consideramos que el tiempo que ha transcurrido, a nuestro juicio, todavía no es suficiente como para que podamos instar a la resolución de este contrato. Más bien creo que todavía queda la posibilidad de dar cierto margen de confianza para que todas las problemáticas, reclamaciones detectadas a lo largo de este período puedan ir encauzándose y pueda asentarse un sistema en el que parece ser, y yo no lo tenía tan claro, pero parece ser que habría cierto acuerdo en la modificación del sistema, cosa que yo no tenía clara porque el posicionamiento de los grupos creo que había sido diferente hasta este momento, pero quizá algunas alusiones que se han hecho por parte de los portavoces esta mañana me han despistado en ese sentido. Yo creo que los errores han existido siempre, las reclamaciones han existido siempre, también cuando las cocinas estaban gestionadas directamente desde lo público. Existían errores y problemas en las dietas, existían problemas, cubiertos sucios que subían a las habitaciones porque, evidentemente, los platos, las bandejas, los cubiertos se friegan en un

lavavajillas y a veces la problemática de que queden restos de comida en los cubiertos se traslada a las habitaciones. No digo que esté mal ni lo voy a justificar, pero es verdad que esos problemas existían, como existían problemas y quejas por poca comida o por comida en mal estado, etcétera, etcétera. Digo "existía antes", incluso cuando lo gestionábamos directamente desde lo público. Por tanto, creo que los errores, independientemente del sistema que apliquemos, van a existir siempre y de lo que se trata, como digo, es de que sean los mínimos, de que sean los menos posibles y de que el servicio y la atención a los pacientes sea la mejor en todo momento. Yo creo que no podemos dejar de manifestar nuestra preocupación por las noticias que se están trasladando. Es verdad que está en pleno proceso de echar a andar este sistema. Insisto, puede ser que a alguien le parezca que el tiempo transcurrido es suficiente como para que el sistema estuviese asentado. Nosotros creemos que no, porque además ha sido una puesta en marcha que no ha sido en un día todo el complejo hospitalario poniéndose en marcha a la vez, sino que ha sido una puesta en marcha paulatina y, por tanto, en fin, yo creo que, como digo, queda cierto margen para poder valorar si se está haciendo frente en condiciones a los problemas detectados, o no. Yo creo que si hay alguien que esté especialmente interesado en que el sistema funcione es el propio Gobierno. Y ya no es solo que estén ustedes interesados en que funcione bien, sino que son ustedes los responsables, primero, de asumir un sistema y, segundo, de que el sistema funcione bien. Ustedes tienen una responsabilidad de vigilancia, tienen que controlar de cerca todos los procesos que se ponen en marcha antes de que la comida llegue a cada paciente, tienen que vigilar el cumplimiento del contrato para que, efectivamente, la empresa cumpla todas y cada una de las cláusulas estipuladas en el mismo, y tienen que vigilar las condiciones en que los trabajadores hacen su labor, hacen su tarea, para que todo el mundo sepa exactamente qué es lo que tiene que hacer y cuándo lo tiene que hacer, porque si no de ahí, evidentemente, se van a derivar problemas. Por tanto, como soy consciente de que quienes más interesados están en que las cosas funcionen bien y quienes más responsabilidad tienen son ustedes, insisto en que nosotros estamos en disposición de dar cierto margen de confianza para ver si es posible que el sistema se asiente. Si pasa un período de tiempo

razonable –que no sé decirle si es de tres, de seis, o de un año, o de doce meses– y las quejas siguen produciéndose, incluso la alarma sigue generándose en los términos en los que ha venido generándose hasta ahora, no descarten ustedes que el propio Partido Socialista pida en un momento determinado la rescisión del contrato. Insisto, ustedes son los más interesados en ello y seguro que serían los primeros en hacerlo. A partir de ahí, insisto, la preocupación está ahí, existe, los problemas también existen y no los vamos a obviar y, por tanto, apelamos al propio Gobierno a que vaya encauzando todas esas problemáticas que se están generando. Yo creo que podemos achacar muchas cosas al sistema, a la empresa, probablemente no precisamente a la falta de experiencia en la gestión del servicio de catering de los hospitales porque, insisto, Mediterránea de Catering es una empresa que está en muchos sitios implantada y, por tanto, podemos achacarles todo lo que queramos pero falta de experiencia, desde mi punto de vista, no. En fin, no voy a ser yo quien apele a la responsabilidad de los grupos representados en esta Cámara porque cada cual es libre de plantear las iniciativas que quiera. Simplemente, a nosotros nos gustaría que se pusiera cierto orden en todas las iniciativas que tienen que ver con el nuevo sistema de comidas en el Complejo Hospitalario de Navarra. Es decir, si hemos pedido la comparecencia de las dietistas para intentar llegar desde el Parlamento a tener una cierta perspectiva y, sobre todo, bien fundamentada, de los problemas en torno a las dietas que se están generando, yo creo que lo primero sería escuchar a esas dietistas y después, en todo caso, que cada uno hiciese la valoración pertinente a la hora de pedir la rescisión del contrato. Si pedimos ahora la rescisión del contrato, creo que todas las iniciativas que puedan venir a continuación sobrarían.

En definitiva, señorías, yo insisto, nosotros no vamos a apoyar de momento, como digo, la rescisión del contrato con Mediterránea de Catering. Lo que queremos es instar al Gobierno a que atienda las preocupaciones que van surgiendo y, sobre todo, a que intente minimizar todo este tipo de problemas, todo este tipo de reclamaciones, porque quien más se juega es, precisamente, el propio Gobierno. Nada más y muchas gracias.

BORRADOR

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Martín, por el grupo popular.

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, señorías. Buenos días a la Consejera y al resto del equipo que la acompaña. Me gustaría agradecerle la reiterada información sobre las cocinas del complejo hospitalario. Realmente, voy a empezar diciendo que la situación caótica o patética que han transmitido el señor Leuza y la señora Ruiz yo no me la termino de creer del todo porque, en todo caso, se está poniendo en duda el trabajo y el control de los dietistas del Servicio Navarro de Salud que, teóricamente, tienen que controlar la calidad de los alimentos. No voy a insistir para nada en el cambio de modelo, en la externalización, en la aplicación o no del informe de Comptos. Eso ya lo hemos hablado en repetidas ocasiones, y también coincido con lo que han expresado ya aquí algunos portavoces de que un mes desde el primer día en que la empresa inició su funcionamiento no es tiempo suficiente para hacer una evaluación completa y tomar una decisión definitiva al respecto. A raíz de la visita que hicimos el otro día, hace 10 días, a las cocinas, efectivamente, vimos unas instalaciones excelentes, vimos unos circuitos de alimentos y de tránsito perfectamente bien delimitados y allí, efectivamente, y aquí hoy, se han reconocido incidencias. Se han reconocido incidencias de tipo logístico, de implantación, de adaptación de sistemas informáticos, adaptación de horarios a una nueva filosofía de alimentación hospitalaria, y también se han reconocido aquí incidencias achacables a la empresa en relación con la calidad, la temperatura, la cantidad de alimentos, etcétera, que se están controlando a través de catas ciegas, según se nos informó. Se nos informó también el día 12 –entonces eran 345 reclamaciones, hoy nos han comentado que existen 531 de 68.070 servicios, lo que corresponde a un 0,5 por ciento– de que las reclamaciones eran una media al principio del 16 al día, y todo ello en un ambiente mediático adverso, que eso también influye en la capacidad de decisión a la hora de poner o no una reclamación por parte de los usuarios. Todo eso llevó a realizar una amonestación a la empresa. Yo voy a ser muy breve y voy a terminar ya, y yo creo que aquí nos tenemos que quedar con el concepto claro de que el departamento está controlando el servicio. El

departamento está controlando la calidad del servicio, está controlando la seguridad dietética de los pacientes y está controlando el cumplimiento de las condiciones establecidas en los pliegos respecto a la empresa, y ello se demuestra porque, además de la amonestación que se nos comentó el otro día que se había interpuesto, ahora existe un expediente informativo –me imagino que será un expediente informativo–. Con lo cual, todo esto también está llevando a que se estén solucionando algunos de los problemas, a que se esté mejorando la calidad de los alimentos y a que los horarios se vayan ajustando a lo que debidamente tiene que ser el horario de alimentación de un hospital. Por lo tanto, nosotros es lo que creemos que tiene que quedar claro de esta Comisión e instamos al departamento a que siga controlando para que el servicio se mejore y, como se comentó el otro día en la visita de las cocinas, las reclamaciones tiendan a cero, como se nos transmitió que ocurría, aunque yo también opino como el señor Caro, que reclamaciones por todo, y entre ello por la comida, siempre pueden existir y, desde luego, no dudamos de que aquí un sistema de alimentación hospitalaria externalizado en frío funcione como funciona en otros lugares de España y, desde luego, nosotros no seremos tan raritos como que, para que algo que funciona en otros sitios sin ningún tipo de incidencia, aquí no pueda funcionar. Por lo tanto, y para terminar, insisto en que el departamento siga controlando y solucionando los problemas que día a día cada vez son menores. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora de Simón, por Izquierda-Ezkerra.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Eskerrik asko, egun on, buenos días, señorías. Buenos días, señora Vera. Buenos días a todo el equipo que la acompaña y, como siempre, me gustaría agradecer sus explicaciones. Desde luego, para nosotros ha ocurrido lo previsto. No teníamos previsto que iba a pasar exactamente esto, pero lo que teníamos clarísimo es que una empresa pública que tiene que tener beneficios de ninguna manera puede prestar el mismo servicio con los mismos recursos económicos. Por lo tanto, algunas deficiencias iba a haber. Y otras premisas, antes de hacer una valoración de su intervención y de la situación. No podemos olvidar que la desnutrición afecta a un 20 por ciento de

las personas hospitalizadas, y una nutrición adecuada influye muy positivamente en el período de recuperación de cualquier paciente y, por lo tanto, el servicio de nutrición, la cocina, la comida, forman parte de dicho tratamiento. Y en este sentido seguimos pensando, como pensábamos y como proponíamos desde el principio, que el servicio de cocinas tendría que tener una gestión pública. Cualquier sistema que se implemente para la gestión de las cocinas –ustedes lo decían– debería contemplar el coste-beneficio y el coste-efectividad. Desde luego, estas nuevas instalaciones, este nuevo sistema, bajo nuestro punto de vista, no han dado un balance positivo. Más bien negativo. Ustedes dicen que un mes es poco. A nosotros un mes nos parece muchísimo, porque en una cuestión tan seria como esta, todas estas cuestiones se deberían haber previsto. Ustedes no lo han hecho. Y hay consecuencias claras hasta el momento. Hay problemas de funcionamiento, calidad de la comida, reparto de las comidas en los carros, que no caben, problemas con las dietas cuando hay un cambio de planta, dietas que se modifican en un momento determinado, una carga de trabajo añadida al personal actual de cada una de las plantas y, por lo tanto, problemas hay. Respecto al número de dietas, usted decía que están ahora haciendo 160 dietas diferenciadas. El señor Carracedo el otro día nos comentó que eran 76, no las 160 dietas diferentes. Por cierto, el señor Carracedo, tanto que se habla aquí de la experiencia, por lo que a mí me consta y los datos que aparecen en Internet, el señor Carracedo hasta ahora había sido gestor inmobiliario. No sé qué experiencia tendría en relación con las cocinas o con una gestión de la alimentación. Decía que, en todo caso, no se trata, bajo nuestro punto de vista, de que sean 76 dietas o de que sean 160 o 200. Yo creo que de lo que se trata es de la calidad de las dietas y de si el problema puede ser que un filete con patatas fritas se sustituya por pienso compuesto. Es una especie de metáfora. Ya sé que a los pacientes no les van a dar ustedes nunca pienso compuesto.

En todo caso, decía que los problemas han sido muchos. La subida del precio estimado por comida que el Departamento de Salud o el Gobierno tendría que pagar a la empresa, los ajustes que han tenido que hacerse en relación con los carros que no cabían, enchufes, etcétera, las condiciones

laborales a las que están sometidos los nuevos trabajadores y, desde luego, una consecuencia, la más dramática desde el punto de vista laboral, ha sido la gran cantidad de mujeres que han perdido su puesto de trabajo, además con muy pocas posibilidades de encontrar otro. Mire, la realidad, bajo nuestro punto de vista, es que ustedes han privatizado un servicio que funcionaba correctamente, que sí que era mejorable –era reconocido por todos, incluso por los grupos parlamentarios que nos oponíamos a la necesidad de remodelar las instalaciones– pero, lo que está claro es que ustedes han decidido dejar un servicio público en manos de una empresa privada. Un servicio público que no ha de producir ningún beneficio; lo único que ha de hacer es dar un buen servicio, en manos de una empresa privada que, como decía antes, tendrá que obtener beneficios y lo tendrá que hacer a costa de menos calidad de la comida o a costa de las condiciones laborales de los trabajadores que tenga a su servicio. Mire, es que… si fuera así, si fuera así que este servicio privado va a dar la misma calidad por el mismo precio, yo no sé… si usted está demostrando su incapacidad… –y, perdone la expresión, me cuesta un poco decirla– pero su incapacidad. No digo que sea incapaz porque, seguramente, usted tiene muchísimos valores y muchísimas competencias. Pero en este caso, estaría usted asumiendo que es incapaz, usted misma, que es la que gestiona este servicio, la que ahora mismo dirige el Departamento de Salud, es incapaz, desde un servicio público, con unas instalaciones públicas y con un control público, de dar mejor calidad y por al menos el mismo precio, que tendría que ser menor, por lógica, que una empresa privada. Y mire, se lo voy a volver a repetir. Nunca estuvimos en contra de la unificación de las cocinas, nunca. Nunca estuvimos en contra ni pusimos pegas al sistema en frío. Puede ser que sea mejor. Siempre estuvimos en contra de la privatización y de la externalización, y estuvimos en contra porque usted no dispone de evidencias ahora, ni disponía entonces. Ya lo dijo la Cámara de Comptos –y bueno, ha habido aquí varias instituciones– y toda la gente que ha comparecido, que, evidentemente, no tenía usted argumentos ni datos científicos para poder justificar esta privatización. Y en una cuestión tan delicada, algo falla, ¿no le parece? Como mínimo, no sé si ustedes tenían que haber tenido en cuenta un período de transición entre la gestión pública y la gestión privada. En todo caso, yo creo que hay dos

cuestiones claras: la empresa no estaba preparada y ustedes han tenido una auténtica falta de previsión. ¿Que solamente ha habido un 0,5 de quejas? Pues a lo mejor es un 0,5 por ciento de quejas pero, desde luego, las disfunciones estaban claras. Y me va a permitir usted, pero es que como le digo, usted argumenta como si se tratara de una cadena de montaje o de una línea aérea de bajo consumo. Este no es el caso porque estamos tratando de personas. Y hace bien en agradecer al personal del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, el trabajo que está realizando. Y es que, en este caso, como en otros, son estas personas, las que trabajan en su servicio, las que están, bajo nuestro punto de vista, minimizando las consecuencias de su nefasta gestión.

Respecto al grupo de trabajo, tengo que decirle que tiene usted un mérito muy importante hoy al asumir aquí las deficiencias que se han encontrado y esto, en fin, nos lanza cierto aire fresco, ciertas esperanzas. Pero yo creo que las valoraciones antes. Insisto en su falta de previsión. Usted se equivocó. Usted lo hizo en contra de una parte muy importante del Parlamento. El Partido Socialista ya veo que le sigue apoyando y yo discrepo del señor Caro. No es poco tiempo. Un mes es mucho tiempo y, señor Caro, a nosotros lo que nos hubiese gustado es que usted nos hubiese apoyado y este desastre se habría evitado, bajo nuestro punto de vista. Por lo tanto, ese llamamiento que hacen ahora al consenso y a la participación, de acuerdo, estamos completamente dispuestos a trabajar con ustedes, pero si ustedes están dispuestos a asumir que la gestión pública es una opción.

E intento terminar. Ahorrar en este servicio para acometer otras necesidades, señora Vera, ¿a costa de qué? Ustedes privatizan una empresa que ha de recibir beneficios por la inversión y por la actividad. ¿Y aún mantiene que es mejor hacerlo privadamente y no públicamente? Le decía antes que yo creo que usted está asumiendo que es incapaz de dar, desde el servicio público, un servicio más eficaz y más eficiente y, por lo tanto, más barato. Y dice que una empresa privada sí puede hacerlo. Y con lo que está ocurriendo sigue manteniendo que la privatización es la mejor opción. Pues yo lo siento –seguro que le sientan muy mal mi valoración y mis palabras–, pero es que es usted misma la que está diciendo que el servicio público es

incapaz de hacer algo que puede hacer una empresa privada. Y el servicio público lo gestiona usted. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Consejera, su turno para réplicas.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, señor Presidente. Vamos a ir poco a poco a ver si respondo a sus preguntas. Empezaré. Con respecto a los recursos humanos, usted me preguntaba por cuál ha sido la situación y dónde están cada una de las personas o cuáles también han sido las que se han incorporado al equipo de la empresa adjudicataria. Bien, de los 203 trabajadores que había en el complejo, en el servicio de cocinas de los tres hospitales, 63 eran fijos y 141 eran eventuales. Los 63 fijos se han recolocado. Si quieren la información de dónde está cada una de las plazas, por no entrar ahora en todo el detalle, ya se lo puedo dar y, por lo tanto, había 141 eventuales. La empresa, en la oferta económica, asumió el compromiso de contratar a 80 personas. Y digo compromiso, adquirió el compromiso la empresa porque, como ya expuse en este mismo lugar, el compromiso es de la empresa porque, conforme a la normativa de contratos, este aspecto no puede ser ni exigido por nuestra parte ni tampoco puede ser valorado en el pliego de condiciones. Creo que eso, aunque cuando yo vengo ustedes me dicen que repito cosas, es que hay algunas cosas que me las vuelven a preguntar. La empresa adquirió el compromiso, digamos, libremente. Han realizado la oferta de trabajo a 104 personas, divididas en las siguientes categorías: 8 dietistas, 8 cocineros, una gobernanta, un ayudante de cocina, un almacenero, 16 cocineros y 69 pinches. De estos trabajadores, aceptaron la oferta 64. De los 104, 64. Y de ellos, a día de hoy, siguen en sus puestos a plena satisfacción 45, distribuidos en las siguientes categorías: 5 dietistas, 4 cocineros, un ayudante de cocina, un almacenero y 34 pinches. Si sobre este aspecto quieren alguna información adicional, no la tengo hoy aquí pero se la podríamos facilitar.

Con respecto a los datos económicos por cambios de IVA o por la inversión, voy a ver también si se los puedo aclarar. El coste con el modelo anterior por cada una de las dietas era de 26,8 euros por dieta, si lo recuerdan.

BORRADOR

Con una estimación de 321.666 dietas al año, esto daba un coste para el servicio de alimentación del complejo de 8.621.142 euros al año. Fue recalculado por Comptos en su informe y, en vez de ser de 8.600.000 era de 8.475.924 euros al año. Estos importes no incluyen ningún tipo de cantidad por amortización de las inversiones. Estamos hablando solo del coste de las dietas, que hasta ahora habían sido financiadas con cargo a los presupuestos del departamento y ya está. La inversión aproximada en la nueva cocina, la inversión que a nosotros nos dieron fue 5.100.000. Ustedes dicen que la inversión final que les ha dado la empresa es que han sido 5.400.000. El importe del servicio contratado sin IVA es de 19,16 euros la dieta, que, si cogemos las 288.000 dietas que se dieron el año pasado, nos arroja un coste total de 5.518.000 euros al año que, con IVA, esos 19,16 se convierten en 21,076 y nos da un coste de 6.069.888 euros al año. Estos importes sí incluyen la amortización de las inversiones. O sea, este es el coste que nos va a cobrar Mediterránea de Catering. Por tanto, sí incluye la amortización de las inversiones, por lo que sí consideramos que su mayor parte serán amortizadas en el tiempo de duración del contrato, es decir, los 4 años a los cuales usted hacía referencia. Para comparar cifras homogéneas tendríamos que considerar un ahorro adicional próximo a 1,25 millones de euros anuales. Por lo tanto, para un número de dietas equivalente al del año 2011, las 321.666 dietas, el ahorro sería, sin inversiones, de 1.841.216 euros al año y, si contamos las inversiones, 3.091.709 euros al año. Estos son los cálculos y, lógicamente, tampoco sé si esta es la mejor manera de poder compartirlos con ustedes. Si quieren algún detalle, si lo solicitan, también se lo haríamos llegar, por supuesto.

Respecto a la oposición al cambio de sistema o no. A mí me parece que todos ustedes están de acuerdo con el cambio del sistema. No sé si pueden creer que todo este cambio de modelo, si hubiera sido dentro del sistema público, no hubiera tenido ningún tipo de incidencia. Como les he tratado de trasladar, de todas las incidencias que se han producido, muchas son por el cambio de sistemas, y yo no creo que todo hubiera funcionado correctamente y a la perfección desde el primer día sin tener ningún tipo de experiencia previa en la cadena de frío. Me parece que esto es algo obvio y

claro, no podemos saber cuántas habrían sido las incidencias en ese caso, pero que las hubiera habido está claro y que, en nuestro caso, apostamos por este sistema, por la eficiencia, por el ahorro adicional que nos permitía. También es lo que hemos tratado de expresar en otras intervenciones. De hecho, hemos hablado en una comparecencia únicamente solamente para hablar de por qué no habíamos estudiado la fórmula mixta, que es lo que nos proponía Comptos. En aquel momento les comentamos muchas cosas. Una de las que les dijimos, por ejemplo, para la fórmula mixta, fue que en aquellos hospitales en donde se había implantado esa fórmula mixta se estaban generando muchísimos inconvenientes al tener personas o personal que dependía de dos organizaciones diferentes. Y les di además las referencias de varios hospitales que se habían visitado y donde se había comprobado que estos problemas se estaban produciendo. Y también en aquella comparecencia –no les voy a repetir todas las razones por las que creímos entonces, antes de tomar la decisión, y seguimos creyendo lo mismo– les dijimos que la decisión de externalizar el servicio era la mejor porque nos permite centrarnos en la actividad sanitaria, porque la mayor parte de hospitales públicos y privados han adoptado este modelo. Y estamos hablando de clínicas privadas, del hospital Reina Sofía de Tudela, del centro San Francisco Javier, y en todos los casos ha sido con plena satisfacción. Porque además nos permitía acometer una inversión que, como usted decía, no la tenemos que acometer en un año sino, en este caso, en cuatro años, en el tiempo del contrato, la podemos realizar en los cuatro años del contrato. Porque, además, dejando la responsabilidad a una empresa especializada, entendemos que va a mantener mejor la innovación, no la que existe en este momento, sino los avances que se vayan produciendo a lo largo del tiempo del contrato también se podrán ir aplicando. Y porque también, además, como he comentado, se obtiene un ahorro sustancial que queríamos comenzar a obtener desde el primer momento.

Respecto al optimismo o no optimismo del discurso, yo entiendo, sobre todo, señor Leuza y señora Ruiz, que vengan con la intervención preparada como lo hago yo. Lo que pasa es que cuando he hablado yo me parece que el tono de mi intervención para nada ha sido optimista. Yo creo que ha sido

realista, y lo que he pretendido es transmitirles que lo que estamos haciendo desde el Servicio Navarro de Salud es actuar con todo rigor y con toda profesionalidad para asegurar una máxima calidad en el servicio de alimentación de nuestros pacientes, y que así lo estamos haciendo y que así lo seguiremos haciendo. Desde varios puntos de vista, exigirle a la empresa lo que hay que exigirle, con el contrato en la mano y también, desde todos los profesionales del Servicio Navarro Salud, que están haciendo su trabajo cada día tratando de que este servicio sea lo mejor posible. Yo no he hablado de sabotaje. Creo que esa palabra la han utilizado ustedes porque yo desde luego no la he utilizado. Y ni he hablado de conspiraciones judeomasónicas ni de nada similar. Yo he dicho lo que está ocurriendo. Por supuesto que todas esas incidencias que usted dice, si son fruto del trabajo y de la percepción de nuestros auxiliares, claro que las tenemos. Y claro que perseguimos la corrección de todas esas cosas cada día. Ese es nuestro trabajo y en eso estamos. Entonces, puedo admitirle que continúan las incidencias. Es así. Ayer mismo estuve en el hospital y le puedo asegurar que es así. Pero eso lo he dicho yo. Además de usted, lo he dicho yo y lo he dicho antes. No puedo admitir tampoco que se diga que no se está haciendo nada al respecto, porque creo que todo el colectivo de enfermería, de dietética, de dirección del complejo hospitalario, de gerencia del Servicio Navarro de Salud, etcétera, etcétera, etcétera, están haciendo todo lo posible para resolver las incidencias que usted ha comentado y alguna más que no ha comentado. De todas maneras, sobre las incidencias, algunas serían rebatibles, porque usted se refería a la mantequilla o el aceite. Respecto a las características o a las propiedades de uno y otro alimento, algunos podrían decir que es mejor el aceite que la mantequilla. O habla, por ejemplo, de la compra a proveedores locales. Se está comprando al 70 por ciento de los proveedores que son exactamente los mismos de los que eran anteriormente, por ejemplo, u otras cuestiones que ha manifestado que yo entiendo que son rebatibles. Otras no, otras son perfectamente objetivas y claro que las estamos registrando. Y estamos trabajando cada día para que todas esas cuestiones se resuelvan. Hablaban también de que quién está asumiendo las obras en las plantas. De las obras de acondicionamiento creo que también hemos hablado en esta Comisión en varias ocasiones, y eso corresponde a la empresa adjudicataria,

y así lo ha asumido, lo he manifestado yo, como digo, en varias ocasiones. Lamento que la señora Ruiz diga que gran parte de la información que he facilitado ya disponían de ella porque han ido a la visita de la cocina. Pero todos los presentes aquí no fueron y, de alguna manera, por eso he querido poner el marco y explicar las cosas. Y quiero explicar las cosas porque al entender cuál es la complejidad de lo que estamos hablando se puede hacer entender que a uno le parezca que las cosas tienen que estar funcionando a plena satisfacción en una semana, o que se pueda dar un mes, o que se pueda dar un mes y medio, o que se puedan dar dos meses, o que se podrán dar seis. Creo que no es lo mismo el tiempo de margen que se puede dar en función de la complejidad del asunto, y este asunto del que estamos hablando le aseguro que tiene bastante complejidad. Y ojo, nosotros seríamos los primeros a los que nos encantaría que el primer día que se hubiera iniciado todo hubiera funcionado fantásticamente, pero es que creo que eso hubiera sido algo absolutamente irreal. No sé si en el mundo de la piruleta y el algodón se produce pero, desde luego, en el mundo real esas cosas no pasan.

También han comentado que el día que fueron a la cocina, el señor Carracedo les habló de 76 dietas. Probablemente, 76 dietas serían las dietas de ese día, la variedad que había ese día. El catálogo de dietas tiene todas las dietas que le he dicho, y están así, además, en el pliego de condiciones y están en el catálogo de dietas que ha sido introducido también en la herramienta, en el Dietools. Yo estuve ayer con el jefe de dietética y eso es así. Nuestras dietas son las que dijimos, las que se cargaron en agosto fueron las que se definieron en agosto, y esas son nuestras dietas. Y luego, también me gustaría, señora de Simón, la verdad es que usted sigue insistiendo en que, por norma, una empresa pública presta mejor servicio que una empresa privada, y yo creo que eso no puede ser por norma. A ver, habrá algunos casos en los que así sea y otros casos en los que no sea así. Creo que le he dicho ya alguna vez, en más de una ocasión, que yo, desde luego, no quiero entrar en ese debate porque está claro que tiene un trasfondo ideológico importante para usted. Yo no digo ni que sí ni que no. En unos casos será que sí es mejor y en otros que no. Para usted siempre es mejor, pero me gustaría recordarle hoy aquí, de nuevo, que los pacientes del hospital de Tudela, que

los escolares de los colegios públicos del Gobierno de Navarra y de múltiples colegios concertados, todos ellos son alimentados cada día por una empresa privada, y le aseguro que ni están peor alimentados que si estuvieran alimentados por una empresa pública, ni están poco satisfechos con el servicio, ni nada de nada. O sea, que creo que maximalismos de ese tipo nos pueden llevar a conclusiones erróneas. Y nada más. Muchas gracias

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Si les parece bien, hacemos un receso de 5 minutos.

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 54 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 7 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para informar sobre el Programa piloto de atención a domicilio que comenzará en Tafalla y Allo.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Continuamos con el desarrollo de la Comisión de Salud. En el segundo punto del orden del día: comparecencia para que la Consejera de Salud informe sobre el Programa piloto de atención a domicilio que comenzará en Tafalla y Allo, que ha sido solicitada también por los dos grupos de Bildu y Aralar-Nafarroa. Señora Fernández de Garaialde, tiene la palabra.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Gracias, señor Presidente. Vaya por delante que lo que hacemos es petición de información para saber en qué consiste este proyecto y que, de momento, evidentemente, lo que queremos es la información de todo y… No, insisto, porque luego dirán, “no, ustedes dijeron que estaban en contra, que estaban a favor…” Lo dejo clarísimo. La petición de esta comparecencia viene porque leímos en prensa que, dentro de las 48 medidas para 2013 que explicó la señora Presidenta, una de ellas era la puesta en marcha en dos zonas piloto de la atención sociosanitaria a domicilio de pacientes crónicos. Con posterioridad, volvimos a leer en prensa que Tafalla y Allo acogen un programa piloto de atención a domicilio. Pedimos la información de qué es lo que se había hecho para llegar a poner estos centros piloto, y uno de los

documentos que se nos envió es la *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria*. Voy a leer algunas de las cosas que pone aquí para terminar luego de formular las preguntas o lo que queremos que se nos diga. Dentro de esta documentación venía la definición de atención domiciliaria, y ponía: "conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación, rehabilitación…", etcétera. Entonces, no voy a leer todo, pero esa era la definición. Dentro de la documentación también se hablaba de las distintas modalidades que existen de la atención domiciliaria y decía: según la iniciativa, a demanda, programada. Según el fin asistencial: investigadora, educadora, administrativa. Según la dependencia: atención domiciliaria, atención primaria, atención domiciliaria social, hospitalización a domicilio. Según la financiación: pública directa, pública concertada, privada, filantrópica. Y, según la tipología del paciente, había otras modalidades. Ponía también que los objetivos de la atención domiciliaria forman parte de las actividades básicas de los equipos de Atención Primaria y que es uno de los programas prioritarios de salud y bienestar social. Garantiza la continuidad de la asistencia y el desarrollo de actividades preventivas que permiten mantener o elevar el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios. Y decía que la atención domiciliaria, sin objetivos específicos, obtiene pocos beneficios. Por ello es imprescindible definir claramente los objetivos de la intervención que se pretende desarrollar en el domicilio, y hablaba de una serie de objetivos. Entonces, visto esto –y como además también leímos, y nos surgieron muchas dudas, pero, insisto, como es de prensa– por eso prefiero que la información nos la den ustedes. Que los pacientes se pueden beneficiar de este nuevo servicio, serán tanto los que requieren atención permanente como los de corta duración, y ponía que los usuarios, para poder acceder al programa, tendrán que ser propuestos por el médico o enfermera de Atención Primaria, o del centro residencial, y posteriormente una comisión de coordinación priorizará, atendiendo a factores como la seriedad de su enfermedad, su necesidad de cuidados o su situación socioeconómica, entre otros. Entonces, después de haber analizado esto,

como entiendo que es un programa piloto y que ya se está llevando adelante, queríamos saber en qué consiste, cómo está planificado, qué modalidades de atención domiciliaria se plantean desde el departamento, y cuáles son los objetivos, porque como bien pone aquí, evidentemente, tienen que estar bien definidos antes de empezar los programas estos. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, su turno de palabra.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, señor Presidente. Iba a contextualizar un poco la cosa, solamente hoja y media, pero ya veo que si no luego me dicen que contextualizo demasiado, o sea, que me voy a saltar esa parte y a ver si con eso respondo. Lo que pasa es que hizo su señoría una petición de información. No sé si le voy a dar mucha más información. Si no, bueno, a la réplica me pregunta, si con alguna cuestión no queda satisfecha.

En el transcurso de la actual legislatura, el Departamento de Políticas Sociales y el Departamento de Salud hemos acordado apostar por la coordinación sociosanitaria como uno de nuestros principales ejes estratégicos de actividad, alcanzando, para ello, los oportunos acuerdos que nos permitan relanzar el Plan Sociosanitario.

Para nosotros este plan ha constituido uno de los 40 proyectos estratégicos que conforman nuestro nuevo modelo asistencial y que tiene como objetivos generales: prevenir la dependencia y la discapacidad; desarrollar el modelo de atención sociosanitaria domiciliaria; garantizar la atención sanitaria normalizada a los pacientes internados en centros residenciales o institucionalizados; planificar la atención sociosanitaria de media estancia y de convalecencia posthospitalaria; y completar y consolidar la atención sociosanitaria al trastorno mental grave.

Para garantizar la adecuada dirección y monitorización del plan se redefinieron sus órganos y responsables, y se constituyó un comité de dirección, un comité técnico de seguimiento y cinco grupos de trabajo entre los dos departamentos.

BORRADOR

Se establecieron, además, nuevas prioridades de acción y se aplicó una nueva metodología de trabajo que nos va a permitir, o que nos está permitiendo ya, mejorar la eficacia de la intervención conjunta y que hasta el momento, y según la percepción que había en ambos departamentos, esta había sido bastante desigual.

Tras evaluar el plan sociosanitario del año 2000, se determinó la priorización de una serie de proyectos a trabajar de forma conjunta como punto de inicio de trabajo previo a la elaboración, a medio plazo, de un nuevo plan sociosanitario. Estos proyectos fueron anunciados el pasado día 22 de enero por el Consejero de Políticas Sociales y por mí misma.

La propuesta de trabajo conjunta de ambos departamentos partió, por un lado, de la identificación de necesidades de atención de los distintos colectivos de ciudadanos subsidiarios de la atención sociosanitaria, y por otro, de aquellos elementos estructurales que se consideraban necesarios para garantizar una atención idónea.

Los criterios empleados para la priorización de las áreas de intervención fueron tres: el número de personas afectadas o que podrán beneficiarse del proyecto; la trascendencia o beneficio real de la intervención para el colectivo afectado en términos de calidad de vida, de sufrimiento individual y familiar, cargas familiares y sociales, impacto social, etcétera; y el coste-efectividad de la intervención prevista.

Y bajo estas premisas, los proyectos priorizados, y son los que forman parte del plan, han sido finalmente: la prevención de la dependencia y la discapacidad; la atención domiciliaria sociosanitaria a enfermos crónicos, que es el objeto de esta comparecencia; la atención sanitaria a pacientes internados en centros residenciales; y la atención sociosanitaria de media estancia y convalecencia posthospitalaria. Y, perdón, y en último lugar, el trastorno mental grave.

Entrando ya entonces en la materia de esta comparecencia, como ya hemos visto los principios de intervención del Proyecto Piloto de Atención Domiciliaria Sociosanitaria, ya figuraban en el propio Plan Foral Sociosanitario

BORRADOR

del año 2000. Entendemos por atención domiciliaria sociosanitaria el conjunto integrado de servicios domiciliarios sociales y sanitarios para el cuidado integral de personas que precisen de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales con el fin de mejorar su salud, aumentar su autonomía, paliar su sufrimiento, suplir las limitaciones que les impiden realizar actividades personales de la vida diaria, facilitar en lo posible su rehabilitación funcional y reinserción social.

Durante todo el año 2012, el grupo de profesionales tanto del Departamento de Salud como del Departamento de Políticas Sociales estuvo elaborando un documento donde se concretan los objetivos, la metodología y los perfiles de las personas a atender.

Se estudiaron además las necesidades de intervención social en domicilio; se identificaron las necesidades y prestaciones que desde los equipos de Atención Primaria se están realizando en domicilio; y se estudiaron los motivos de consultas atendidas por las trabajadoras sociales en los centros de Atención Primaria.

Este borrador fue valorado positivamente en la sesión de la Comisión Directora del Plan de Atención Sociosanitaria que se celebró el pasado 26 de noviembre del 2012 y en dicha Comisión se acordó asimismo la puesta en marcha de un programa piloto en una zona rural y en una periurbana con el contenido del documento aprobado.

Inicialmente se barajaron las zonas básicas de Allo y Villava. Sin embargo, y a propuesta de los miembros de la Comisión Técnica de Seguimiento, se consideró oportuno que antes de adoptar la decisión definitiva sobre las zonas básicas a incluir en el programa piloto, se considerara la posibilidad de desarrollar, además de los contenidos aprobados previamente por la Comisión Directora, un proyecto de intervención más integral a nivel de zona básica que tratara de dar respuesta a medio plazo, además de a la atención sociosanitaria domiciliaria, a las propuestas de intervención relativas a la convalecencia y a la rehabilitación de pacientes con ictus y con fractura de cadera, una intervención que había sido priorizada por el Grupo de Trabajo de Convalecencia y por el Grupo de

Trabajo de Prevención, así como a las propuestas de intervención de atención sanitaria en centros residenciales.

Es decir, que se pretendió dar también satisfacción, con un enfoque más global, a las inquietudes que se habían detectado en otros de los grupos de los cinco que he mencionado antes, que están ya trabajando y que fueron creados por los departamentos de Salud y de Políticas Sociales, para el desarrollo e implantación del Plan de Atención Sociosanitaria.

Se procedió entonces a revalorar las zonas seleccionadas previamente considerando el potencial apoyo que las residencias de la zona podrían prestar para el desarrollo de los nuevos servicios de convalecencia residencial y de rehabilitación funcional.

En razón de lo expuesto y a la vista de las posibilidades de desarrollo del proyecto de intervención integral se optó por la zona de Tafalla por el potencial de su red residencial, que estaba en condiciones de desarrollar los nuevos servicios de apoyo requeridos para garantizar una nueva modalidad de convalecencia rehabilitadora en pacientes con ictus y con fractura de cadera y de prestar servicios de apoyo al programa domiciliario. Se trata además de una zona con localización geográfica estratégica en Navarra de cara a un futuro despliegue del proyecto a otras zonas básicas.

La zona rural de Allo fue seleccionada en razón del magnífico trabajo realizado en materia de atención domiciliaria por su Mancomunidad de Servicios Sociales, que les ha hecho merecedores del V Premio a la Calidad otorgado por el Gobierno de Navarra.

Los objetivos que nos hemos marcado con esta experiencia piloto son cuatro: la constitución de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria en el ámbito de la zona básica; definir los criterios de inclusión que deben cumplir los pacientes para ser susceptibles de recibir atención sociosanitaria domiciliaria; definir el modelo general de intervención, los sistemas y la metodología de coordinación de la atención sociosanitaria a domicilio a nivel de zona básica; y, en último lugar, concretar las modalidades, los servicios y

los recursos de apoyo necesarios en el entorno del domicilio para garantizar un servicio que aúne calidad técnica, eficiencia y satisfacción de los usuarios.

Para comenzar a trabajar ha sido necesario analizar los perfiles de los pacientes-usuarios dividiéndolos en dos tipos. Por un lado, los pacientes con necesidad de atención prolongada, superior a los tres meses, y que son personas dependientes cuya situación de salud les impide salir de casa; encamados crónicos; pacientes geriátricos de edad muy avanzada y grave deterioro funcional; pacientes con deterioro cognitivo, con demencias; pacientes con otras patologías crónicas o insuficiencia orgánica severa que tienen necesidades de soporte social y a los que su severidad les impide salir de casa: personas diagnosticadas de enfermedad vascular, respiratoria crónica, cardiopatía, procesos neurológicos, problemas reumáticos, enfermedad nefrológica, enfermedad mental, etcétera.

Desde el primer grupo, los pacientes con necesidad de atención superior a tres meses, y luego los pacientes con necesidad de atención transitoria o inferior a tres meses, y que son los pacientes en convalecencia tras alta hospitalaria que precisan soporte social y un proceso de rehabilitación y adaptación o readaptación funcional que puede ser realizado en el domicilio; personas en fase terminal o que presentan necesidades sociales por falta de apoyo; personas dependientes que rotan en las casas de sus familiares, por ejemplo; y otros problemas de salud agudos en personas en situación de fragilidad o riesgo social, desprotección o marginalidad carentes de lazos sociales y familiares.

Los pacientes que entran a formar parte del proyecto piloto pueden proceder, como usted decía, de distintos servicios de la red de salud o de política social: de los Servicios Sociales de Base, de su médico o enfermera de Atención Primaria, del trabajador social del centro de salud, del hospital de referencia o de un centro residencial.

Una vez definidos los posibles perfiles de pacientes y delimitados los ámbitos de procedencia, se determinaron también los criterios de inclusión en el programa que, como he dicho, era uno de los objetivos de la experiencia piloto. Así, se incluyen en el programa a los pacientes que tengan

simultáneamente necesidades de salud y sociales significativas, a aquellos que no se encuentren en condiciones de desplazarse a los centros sanitarios o sociales, y a los que requieran apoyo para el desarrollo de su vida diaria tanto en actividades básicas como en actividades instrumentales y avanzadas.

Como primera medida para el impulso del proyecto piloto se procedió a la constitución de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria en el ámbito de cada una de las zonas básicas que participen en el proyecto piloto, en cumplimiento de otro de los objetivos que anteriormente he detallado. Esta Comisión de Coordinación, que se reunirá como mínimo una vez al mes, está integrada por la trabajadora social de base, la enfermera referente del Programa de Atención Domiciliaria del equipo de Atención Primaria, la trabajadora social del equipo de Atención Primaria y por la trabajadora familiar. Y asume las siguientes funciones: valoración conjunta de las necesidades e inclusión en el programa de los pacientes-usuarios que precisan atención sociosanitaria; aprobación conjunta de un Plan Integral de Cuidados personalizado para cada paciente y usuario; establecimiento de los criterios de seguimiento, gestión de casos y asignación de tareas; y revisión periódica conjunta del Plan de Cuidados.

Esta Comisión es la que se encarga también de la valoración de las necesidades desde tres puntos de vista. Uno interdisciplinar: aportando todas las miradas para favorecer el beneficio de la sinergia entendida como unión de fuerzas para mejorar la efectividad de la intervención; integral, incluyendo necesidades clínicas, necesidades de cuidados para las actividades básicas de la vida diaria, necesidades de cuidados enfermeros y necesidades sociales; y también un abordaje individual del paciente y del cuidador junto con el abordaje familiar.

Desde esta perspectiva, se pone en marcha un Plan Integral de Cuidados que va a ser personalizado para cada paciente, orientado al autocuidado y a conseguir la máxima rehabilitación funcional posible, relacionado con su calidad de vida, con objetivos de intervención para cubrir las necesidades detectadas y que además integre medidas de adaptación en el hogar que posibiliten su mayor autonomía y comodidad. El plan tiene que

ser aprobado por la Comisión de Coordinación Sociosanitaria de la zona básica y será revisado con una periodicidad trimestral.

Señorías, a lo largo del pasado mes de enero, desde la dirección del Plan Foral Sociosanitario se han mantenido reuniones informativas en relación con este proyecto con los ayuntamientos de Allo y Tafalla, con la dirección y subdirecciones de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, con las direcciones de los equipos de Atención Primaria de Salud de las dos zonas básicas, con los servicios sociales de base de cada una de las zonas básicas y con la dirección de la Mancomunidad de Servicios Sociales de Allo.

Se han identificado las entidades sociales que trabajan en las zonas básicas y con las que se prevé generar alianzas para el trabajo con personas cuidadoras. El proyecto piloto comienza a ser operativo desde el mismo momento de la constitución y puesta en marcha de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria de cada una de las zonas, cuya primera reunión de constitución va a tener lugar el próximo lunes 25 de febrero en la zona básica de Allo y el martes 26 en la zona básica de Tafalla. Ello permitirá la puesta en marcha inmediata del censo único, la evaluación conjunta e integral de los nuevos casos y la aprobación conjunta de objetivos compartidos de intervención.

Para su pleno desarrollo, el Programa Domiciliario requiere de nuevos instrumentos y sistemas de información y evaluación compartida que están siendo desarrollados por el Comité Técnico y al que se van a incorporar un representante de cada uno de los Comités de Zona, para que de manera progresiva se disponga de un sistema de registro e información compartida integrado por los siguientes elementos: un censo único de pacientes-usuarios incluidos en el programa; historia domiciliaria en la que figuren los datos básicos del paciente y las pautas de actuación en las situaciones más comunes, criterios sobre el manejo de crisis, cuándo consultar, etcétera; panel de control de los planes de cuidados en el que consten los datos necesarios para la monitorización y gestión de los planes de cuidados y las competencias de cada interviniente; y un sistema de indicadores que permitan evaluar la calidad técnica, calidad percibida y la eficiencia.

BORRADOR

Por último, y para garantizar que los programas de atención domiciliaria constituyan una verdadera alternativa a la hospitalización y a la institucionalización, en el marco del propio proyecto piloto se realizará el estudio de necesidades de servicios de apoyo al Programa Sociosanitario de Atención Domiciliaria, que incluyan servicios de adaptación y rehabilitación funcional, servicios de día y de estancia temporal, así como otros servicios complementarios de zona, como comedores comunitarios, catering, lavandería comunitaria, etcétera.

El de concretar las modalidades, los servicios y los recursos de apoyo necesarios a medio y largo plazo en el entorno del domicilio para garantizar un servicio que aúne calidad técnica, eficiencia y satisfacción de los usuarios es el objetivo último de este proyecto. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Muchas gracias. Señora Fernández de Garaialde, tiene la palabra.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Gracias, señor Presidente. Es evidente que ahora sí le doy las gracias totales por la información que nos ha dado. Yo sí quería hacer una reflexión, aunque se me quedan algunas preguntas, que también las haré. Nos parece bien que se empiece a trabajar en la atención domiciliaria y, además, que haya una coordinación entre Salud y los servicios sociales, porque es cierto que en ese aspecto integral de la salud no podemos quedarnos únicamente en el punto clínico o de la enfermedad. Y es cierto que ahí tenemos un déficit y yo creo que cuanto más vayamos avanzando hacia esa coordinación del espacio social sanitario, ahí no tenemos nada que objetar. Lo que pasa es que las preguntas que sí que le quiero hacer es que en el informe que digo que nos pasó de la buena práctica clínica de atención domiciliaria se decía que es cierto que el volumen de pacientes va ir aumentando y, sobre todo, a expensas de pacientes geriátricos, terminales, o que sufren diversas insuficiencias orgánicas. Aquí se decía que es mayoritariamente aceptado que la atención domiciliaria debe seguir siendo asumida por Atención Primaria, con un apoyo creciente por parte de Atención Especializada y de los recursos sociales. La Atención Primaria es el nivel de atención mejor dispuesto para su

abordaje desde una perspectiva integral y decía también que, para ello, hay que hacer una serie de cambios, una serie de mejoras, como tendrían que ser, evidentemente, adecuar las plantillas, los centros de salud, formar a los profesionales, dotar de más recursos a los equipos de Atención Primaria, etcétera. Entonces, las preguntas que se me generan, insisto, teniendo en cuenta que el modelo del proyecto en sí sí nos parece adecuado, la pregunta que queremos plantear es si la modalidad de atención a domicilio… Es decir, yo antes he leído que puede ser pública directa, pública concertada, privada, etcétera. Si prevén ya un modelo de atención domiciliaria, si se contempla de alguna manera el copago para este servicio o, en su caso, va a ser la continuidad, evidentemente, como tiene que ser, de la atención sanitaria pero, evidentemente, dentro de ese espacio sociosanitario. Y, por último, lo que sí quería preguntar, si van a ser los profesionales, al margen de los de servicios sociales, los profesionales de Atención Primaria los que dentro de su plantilla tengan a estos pacientes que van a tener atención domiciliaria, o van a ser profesionales al margen de estos. No sé si me he explicado. Si el propio profesional dentro de su cupo va a tener a estos profesionales, a estos pacientes, que les atenderá en atención domiciliaria, o será a través de otro tipo de profesionales y cómo barajan… Evidentemente, me imagino que están estudiando cómo adecuar plantillas, qué recursos harán falta en Atención Primaria, etcétera, etcétera. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Ruiz Jaso.

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias también a la Consejera por las explicaciones que nos ha dado. Voy a ser breve. En principio, el plan, tal como lo ha expuesto, y esta es una comparecencia básicamente informativa, porque realmente, al ver en la prensa, también, como ha dicho la señora Fernández de Garaialde, quisimos en ese momento que viniera usted a explicar en qué se basaba, más allá de la escueta nota de prensa, o la rueda de prensa que realizaron. Nos parece bien. Desde luego, estamos de acuerdo con ustedes. Hay que apostar por la coordinación sociosanitaria. Los criterios en los que se basa este programa de prevención, de educación, de cuidados sanitarios y sociales, rehabilitación, sobre todo de coordinación entre el Departamento de Políticas Sociales y el

Departamento de Salud, evidentemente, si es por la calidad de la atención sobre todo a pacientes crónicos, es evidente que se da por bien visto por todos.

Un poco en la misma línea de la anterior portavoz, sí que plantearía unas cuestiones, si tiene la información. En principio es un programa piloto de febrero a diciembre, según hemos podido leer. Sí que quisiéramos saber cuántas personas –nos ha explicado los perfiles– se van a beneficiar de este programa. Y luego, también, ustedes, cuando presentaron el plan, dijeron que no supondría un mayor gasto económico. Y hoy ha hablado –y no me ha quedado claro al final quién va a prestar el servicio, cómo se va a prestar– ha hablado de servicios de apoyo de las residencias de la zona, ha hablado de trabajar conjuntamente con entidades sociales, que hay que concretar los recursos necesarios, y eso sí que nos gustaría que lo concretara. Si va a estar en la línea que preguntaba también la señora Fernández de Garaialde, si está dentro la atención continuada a crónicos y se va a gestionar desde Atención Primaria y, si es así, con cuántas personas se cuenta para eso y/o si se va a gestionar de otra manera. Simplemente quisiera aclarar esas cuestiones. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Iniciamos un turno del resto de grupos. Señor Pérez Prados, por UPN.

SR. PÉREZ PRADOS: Muchas gracias, señor Presidente. Me gustaría agradecer muy brevemente la información que nos ha trasladado sobre esta comparecencia relativa a la atención sociosanitaria a domicilio para enfermos crónicos, que es un proyecto más de los 40 que componían el nuevo modelo asistencial también dentro de ese plan sociosanitario. Nos alegramos de que sigan trabajando en el nuevo modelo asistencial en todo el conjunto. Los proyectos que contenía… Es un modelo importante para Navarra, como hemos resaltado en tantas ocasiones, aunque algunos de sus proyectos han tenido excesiva contestación, e incluso alguna aprobación en Pleno para echarlo para atrás. Pero nos alegramos del esfuerzo que se está realizando y animamos a seguir en esa línea, redactando los cinco fines concretos a cada paciente particular, los objetivos del plan piloto, los perfiles de los pacientes. Y

efectivamente, se han hecho unas preguntas ya sobre el número de pacientes a los que puede llegar. No sé si hay alguna estimación previa ya en las zonas piloto de cuántos puede haber en total y a cuántos se podrá llegar, pero el esfuerzo, nuevamente, puede resultar considerable. No sabemos en estos momentos los recursos materiales, económicos, cómo los tenemos, por eso es de resaltar también el esfuerzo que se está haciendo desde el Departamento de Salud para extender los servicios que presta el Sistema Navarro de Salud, servicios, en este caso, en combinación con el Departamento de Políticas Sociales. Me gustaría animar a seguir en esa línea, sabiendo de la dificultad que va a encontrar el departamento por la situación económico-financiera en que nos encontramos. Quedamos a la espera de las respuestas, un poco en lo que se pueda, a las preguntas realizadas por las anteriores portavoces. Muy bien. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Caro, por el grupo socialista.

SR. CARO SÁDABA: Muchas gracias, señor Presidente. La verdad es que, brevemente, para intervenir intentando quedarme en lo positivo que puede tener este programa de coordinación sociosanitaria y, sobre todo, en la parte que tiene que ver con la atención a los enfermos crónicos. La Consejera ya sabe que esta es una cuestión por la que este grupo ha manifestado interés en otras ocasiones. Quisiera ver sobre todo la posibilidad y la disponibilidad por parte del departamento de todo lo que tiene que ver con la atención de los enfermos crónicos, introducir las nuevas tecnologías para provocar una mejora de atención, una atención más cercana a pesar de que no sea in situ, y además provocar con ello ahorros en el funcionamiento del sistema.

Yo creo que las dos ventajas que tiene en su conjunto la coordinación sociosanitaria es que, efectivamente, nos puede dar una idea, con programas piloto, de cuánto se puede llegar a ahorrar en el tratamiento de los pacientes. Yo creo que se pueden provocar ahorros económicos que después, probablemente, podrían paliar, si somos capaces de extenderlos al conjunto de la geografía navarra, algunas de las necesidades de ajustes que se están

manifestando como consecuencia de la crisis. Y en segundo lugar, tiene la virtud de que, por lo que yo puedo ver aquí hoy en la Comisión, pueda existir un alto grado de consenso entre los diferentes grupos para intentar generar herramientas en torno a esta coordinación sociosanitaria que permitan cambiar, si se quiere, el propio modelo de atención sociosanitaria con mejoras evidentes de evitar desplazamientos de los enfermos hacia los hospitales o hacia los centros de rehabilitación. En fin, yo creo que aquí sí hay elementos que, como digo, pueden suscitar el consenso de los grupos parlamentarios y yo creo que con programas de este tipo, que ojalá funcionen –y dentro de poco supongo que vamos a tener los datos para poderlos valorar en sí mismos– yo creo que pueden empezar a generar unas pautas de posibles actuaciones que tiendan a salvar algunos de los obstáculos que la crisis nos está poniendo encima de la mesa. Simplemente me gustaría decirle que nos parecen unas herramientas interesantes. Estaremos atentos y supongo que, una vez más, usted es la más interesada en que, cuando tenga los datos, los pueda comentar y presentar en el propio Parlamento. Creo que sería muy interesante conocerlos y, simplemente, le voy a animar a seguir avanzando por esta línea y a ver si somos capaces de que en elementos como estos el consenso sea la nota predominante porque creo que de esta manera ganamos todos. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Martín, por el grupo popular.

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias a la Consejera por la información. Realmente es una buena noticia la que nos ha proporcionado hoy aquí. Para nosotros, la novedad no es tanto la asistencia domiciliaria, que ya se está haciendo por parte de las zonas básicas de salud y por parte, en el aspecto social, de los servicios sociales de base en colaboración con los ayuntamientos. Digo que la novedad no está tanto en la asistencia domiciliaria como en la coordinación de la asistencia sociosanitaria. Es decir, que se va a atender a los pacientes, sus necesidades, en función de estas mismas y no del departamento que se las tenga que proporcionar. Y esto para nosotros creo que supone un avance. También hay que tener en cuenta que es un avance en el sentido de que se va a atender a

una población cada vez más envejecida, con un incremento de las personas con enfermedades crónicas, con un aumento potencial de los dependientes que va a tener este tipo de servicios de atención permanente. Pero también son importantes las atenciones de corta duración en cuanto a convalecencia y adaptación al medio. Y me gustaría destacar muy brevemente algunas cuestiones que creo que se pueden destacar en este tipo de coordinación de asistencia. En primer lugar, lo que he dicho antes, que al enfermo se le va a atender según sus necesidades, según las que requiera, y no según el departamento que se las tenga que proporcionar. Y todo esto va a estar coordinado por la Comisión de Coordinación que, fundamentalmente, está constituida por servicios sociales y la enfermería encargada de atención domiciliaria. Se va a permitir implementar medidas de cuidados y auto cuidados y asistencia a cuidadores, sobre todo a los familiares.

Y en el ámbito de la atención de corta duración, son importantes las convalecencias tras las hospitalizaciones. Hoy en día sabemos que las estancias medias en los hospitales se están acortando cada vez más. Yo creo que ya no hay mucho margen de mejora, pero desde luego, cuando un enfermo ya es en cierta manera autónomo, donde mejor está es en su casa si se le presta la atención debida en el domicilio. Y en este sentido, quiero hacer mención a un tema con respecto al cual soy especialmente sensible, que es el tema de la rehabilitación domiciliaria que, según los informes, es un tema que está previsto poner en el futuro. La rehabilitación domiciliaria nosotros creemos que es un tema importantísimo en los enfermos mayores y los enfermos neurológicos con secuelas permanentes porque realmente existen unos servicios de rehabilitación excelentes en los hospitales, pero a los enfermos se les enseña a rehabilitarse o se les habilita en función de caminar por las paralelas, de subir unos escalones, de hacer una serie de actividades, pero en el gimnasio del hospital. Pero luego, cuando llegan a casa, se tienen que enfrentar a los obstáculos de las dificultades que es vivir en su propio medio. Y ahí es donde hay que enseñarles y rehabilitarles para que lleven a cabo el día a día, así como los servicios de recuerdo, las sesiones de recuerdo que esos enfermos de vez en cuando tienen que tener. Por lo tanto, y para finalizar, creemos que es un prometedor servicio, un plan o proyecto

para atender las necesidades de una población cada vez más envejecida y con problemas crónicos de salud y, desde luego, ya se ha comentado aquí, creo haberle escuchado que se tendrán que incorporar otros servicios en donde los haya, como el servicio de hospitalización a domicilio en este proyecto. Por lo tanto, quedamos a la espera de información de la evolución y de la evaluación del programa piloto que van a llevar ustedes a cabo en Allo y en Tafalla. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora de Simón, por Izquierda-Ezkerra.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Buenos días de nuevo y gracias de nuevo, señora Consejera, por su información. Desde luego, desde nuestro grupo valoramos muy positivamente esta iniciativa del Departamento de Salud, pero principalmente porque nos parece muy importante que la convalecencia se pueda realizar en el domicilio porque nos parece, como le parece a usted, que aporta muchísimas ventajas, tanto para el paciente y los familiares como al cuidador cuando esto es posible. Y además, ustedes han planteado el programa desde un punto de vista de la atención integral. Tengo entendido que tienen prevista la ayuda a domicilio, se la ayuda personal, la ayuda económica, un plan para cuidadores y ya hay un taller de empleo, tengo entendido, en Tafalla, para formar a las personas que vayan a atender a estos dependientes o a estos enfermos crónicos y agudos. Por lo tanto, francamente, nos parece una idea excelente y a la que debería dársele continuidad, porque nosotros casi apostaríamos por un éxito de la misma. Sí que vemos un pequeño problema, que me imagino que ustedes también, en la selección de las personas que vayan a entrar a formar parte del programa por aquello de que el que no llora no mama. Ya me imagino que esto lo tienen ustedes previsto porque ya estamos muy acostumbrados a estas cuestiones. En todo caso, ya sé que es muy pronto pero le voy a preguntar si tiene alguna perspectiva de generalización de este programa, si todo va bien, y quién lo va a coordinar. A lo mejor lo ha explicado, pero como he llegado un poco tarde –y pido disculpas–, si lo ha explicado ya, pues eso, me perdona. Y también quién va a coordinar la atención en cada caso, a cada paciente. Nada más y gracias otra vez por sus explicaciones.

BORRADOR

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, su turno para réplica.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Cómo no la voy a perdonar, por Dios, si le he hablado de que hay distintos niveles de… Hay una Comisión de Dirección, luego hay una Comisión Técnica de Coordinación y luego hay cinco grupos de trabajo que son los que están desarrollando cada una de las cuestiones y en los tres niveles hay representantes de los dos departamentos. Y ahora en las zonas básicas hay un comité también para coordinar a todos los agentes tanto desde el punto de vista sanitario como social, que son los que tienen todas esas funciones de determinar los perfiles, de decir las personas que entran y también de aprobar los planes de cada una de esas personas y de hacer el seguimiento posteriormente. Voy a ver si soy capaz de contestar al resto de preguntas que me han hecho y si alguna queda en el aire ya les haremos llegar la información si con algún caso, por ejemplo, me preguntaban el número de personas concreto, no lo tengo en ese momento, pero le hago llegar el número de personas que van a ser beneficiarias del proyecto piloto. Como decíamos, estamos tratando de pilotar el modelo de coordinación, y lo principal para nosotros, como he intentado explicar antes, es conseguir la mayor colaboración y coordinación de los recursos que tenemos en estos momentos, que son muchos y que yo creo que no siempre están siendo utilizados de la mejor manera posible y con el mayor beneficio para el paciente, tanto desde el centro de salud como desde los servicios sociales de base, y que se haga en ese caso una valoración conjunta de las necesidades sociales y sanitarias de los pacientes en atención domiciliaria, así como la propuesta de intervención integral. Creemos que va a ser muy positivo si lo tomamos desde el principio, porque yo creo que los recursos van a ser mucho mejor dirigidos. La responsabilidad de la atención sanitaria a domicilio, en cuanto al modelo que me preguntaba la señora Fernández de Garaialde, nosotros siempre hemos creído que tiene que pivotar sobre la atención primaria, y así lo seguimos pensando. Obviamente, como usted decía, ahora se dimensionarán las zonas piloto en un número de personas, y luego habrá que hacer los análisis de a cuánto puede llegar eso, pero en cualquier caso,

nosotros creemos que con los recursos de Atención Primaria tenemos que ser capaces de poder hacerlo, porque es ese nivel de asistencia el que tiene que hacer frente a esa atención domiciliaria. Y luego, desde Política Social, según el trabajo que hemos hecho con ellos, no pretenden modificar para nada las condiciones en cuanto al copago, que usted preguntaba. Las prestaciones de la cartera de servicios sociales, por lo tanto, no han planteado desde servicios o Política Social ningún cambio en ese sentido. El estudio al que hace referencia usted es un estudio nacional, creo, y como sabe, las plantillas de Atención Primaria en Navarra están bastante por encima de la media nacional y ya que con la implantación del plan de mejora se hizo bastante esfuerzo en esto. No obstante, en el piloto valoraremos, obviamente para eso están los programas piloto, para valorar las necesidades en cuanto a la inclusión de este programa, y veremos. Este proyecto está directamente relacionado, como ya han mencionado también algunos de ustedes, con otros proyectos como el Plan de Mejora de Primaria, como el Proyecto de Mejora de la Capacidad Resolutiva de Atención Primaria, como la Mejora de la Atención Continuada, para el cual teníamos previsto un incremento de atención horaria en los equipos de Atención Primaria con el decreto derogado o con el proyecto también de estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos que estamos ultimando en diseñar en el departamento y que, en breve, podremos explicarles o plantearles, y en el que, en todos esos otros proyectos, también se van a intensificar los recursos en Atención Primaria o la capacidad de resolución en Atención Primaria en los equipos para la atención de estos pacientes.

Y como también han preguntado por los recursos para poder llevar a cabo este proyecto de forma generalizada, coincido con ustedes en que cada vez tienen mayor importancia, porque son un mayor número las personas mayores, los enfermos paliativos, los enfermos crónicos… Me permitirán que les diga que precisamente por eso decidimos implantar de una forma reglada la atención continuada, que en estos momentos ya se realiza por parte de algunos profesionales que sí que la están haciendo y, por eso, nosotros planteamos nuestro proyecto de reforma de la atención continuada y urgente, que, me permito recordarles, ustedes se ocuparon de impedir que se llevara

adelante. Por lo tanto, efectivamente, nosotros teníamos previsto contar con mayores recursos e institucionalizar de alguna forma esa atención continuada, que en estos momentos no puede ser posible porque ustedes echaron por tierra este trabajo. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Pues bien, dadas por finalizadas las dos comparecencias que tenía la Consejera, hacemos un receso mientras despedimos a la Consejera y a su equipo, y nos queda un punto con una moción.

(Se suspende la sesión a las 12 horas y 51 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 56 minutos.)

Debate y votación de la moción por la que se insta al Departamento de Salud la rescisión o resolución administrativa del contrato suscrito con la Empresa Mediterránea de Catering, presentada por el GP Bildu-Nafarroa; GP Nafarroa Bai.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Continuamos el desarrollo de la Comisión con el tercer punto del orden del día: moción por la que se insta al Departamento de Salud la rescisión o resolución administrativa del contrato suscrito con la Empresa Mediterránea de Catering, que es una moción presentada por los grupos Bildu y Aralar-Nafarroa Bai. Señora Fernández de Garaialde, tiene la palabra.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Gracias, señor Presidente. Voy a ser muy breve porque la verdad es que ya hemos estado debatiendo antes sobre este tema. Sí que es cierto que quiero hacer una matización a lo que ha dicho antes el señor Caro. Un margen de confianza. Más allá del margen de confianza o no margen de confianza, hay otro debate y es el sistema por el cual hemos apostado, es decir, un sistema privado o un sistema no privatizado. Entonces, la duda que tenemos es que, –y además porque no conseguimos todos los datos– es que si realmente es más rentable este modelo. Este modelo, y estoy hablando ahora mismo desde el punto de vista económico, si es más rentable para el sistema público, o si es beneficioso para una empresa privada que consigue sus ingresos a costa

del sistema público. Ese es uno de los debates. Y el siguiente debate que surge es si esta privatización, más allá de que la empresa se lleve los beneficios, qué es lo que está suponiendo para el conjunto de la alimentación y del sistema general, porque claro, lo que está suponiendo es, primero, pérdida de trabajos; segundo, pérdida de condiciones laborales para las personas que están ahí; pérdida en algo importantísimo, que es la calidad en la alimentación, tanto, ya he dicho antes, en la alimentación basal como en los otros tipos de dietas, que además siempre hemos dicho que son una parte importantísima, –no solo lo decimos nosotros, sino que incluso desde Europa también dicen que la alimentación es una parte importantísima– del tratamiento de pacientes, con lo cual hay dos motivos por los cuales pedimos la rescisión. El primero, porque no estamos a favor del modelo que se ha planteado, y además teniendo muchas dudas de esa rentabilidad económica que se plantea en todos los sitios. Y el segundo, porque las pérdidas son mucho mayores, no en términos económicos, sino en los otros términos, las pérdidas son mucho mayores que los beneficios. Con lo cual, no hay mucho más que añadir, y una salvedad voy a hacer, que no es con este punto, pero con el punto anterior. Evidentemente, digo aquello para que quede constancia, porque luego si no siempre se nos recriminan cosas que supuestamente hemos dicho o no hemos dicho. Con el punto anterior es cierto que existe un consenso, por lo menos, en el planteamiento global y en qué es lo que se quiere hacer, pero desde luego ese consenso se puede ver truncado dependiendo del modelo y de cómo se implante el programa piloto. Lo digo para que quede constancia, porque si no luego tenemos que estar siempre para arriba y para abajo con lo que hemos dicho y hemos dejado de decir. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Ruiz Jaso.

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señor Presidente. Yo también voy a ser muy breve porque al final todos los argumentos que había que esgrimir ya los hemos esgrimido a lo largo de estos meses. Hoy también, en la primera comparecencia, cada uno de nosotros creo que ha dejado bien clara cuál va a ser la postura y es evidente que esta moción no va a salir aprobada. Y yo también quiero hacer referencia, como no podía ser de otra manera, al

portavoz del PSN. Ha dicho en la anterior intervención que no va a ser él quien pida responsabilidad a los grupos y, de alguna manera, de alguna manera, y con esas palabras, ha dado a entender que estamos siendo irresponsables el resto de grupos de la oposición. Que estamos siendo irresponsables al pedir la rescisión del contrato. Nosotros pensamos que, desde luego, si alguien está siendo irresponsable, es la propia empresa y la propia Administración, que como ha quedado bien claro, lleva un mes implantada y, desde luego, lo que es evidente es que no se están solventando los problemas y los errores que se detectaron desde el primer día. Hablaban ustedes y el portavoz de UPN, y el portavoz del Partido Popular también, de dar un margen de confianza, y yo les pregunto –y me gustaría que lo aclararan– según su opinión, ¿hasta cuándo se puede dar por finalizado ese margen de confianza?. La señora Consejera también ha hablado, no, en un mes, mes y medio, seis meses, seis meses hay que esperar, seis meses a que se solventen los problemas. ¿Hasta cuándo creen ustedes que puede existir ese margen? A nuestro entender, ya llevamos un mes y creemos que es inadmisible que no se estén solventando los problemas, como digo. Y aquí, una parte de la responsabilidad la tiene, evidentemente, la tiene la Administración y, por otra parte, la tiene la empresa. Y repito, por parte de la empresa nos pareció muy preocupante la actitud que tuvieron en la reunión donde nos recibieron en las cocinas, de cero autocrítica, echando balones fuera. Por tanto, desde luego, pensamos que es muy posible que incluso el expediente que nos ha anunciado la Consejera quede en agua de borrajas, porque al final es evidente que hay una presión social, una presión no solo en el ámbito profesional, sino también en la calle, y se están teniendo que tomar ciertas medidas pero, a mi entender, desde luego, son medidas de maquillaje que se van a quedar en nada. Ustedes, tanto UPN como el Partido Socialista, han avalado esta privatización y lo que tengo claro es que de aquellos polvos, estos lodos.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Iniciamos el turno a favor de la moción. Señora de Simón, por Izquierda Ezkerra.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Buenos días de nuevo. Les apoyaremos la moción por dos cuestiones. En primer

lugar, creemos que la empresa no está preparada para acometer este servicio, y así se ha puesto de manifiesto en este mes. No sabemos si lo estará, pero en este momento no lo está y, desde luego, ha habido una falta de previsión, de control, por parte del Departamento de Salud, y de precipitación bajo nuestro punto de vista, porque si no había recursos económicos para haber acometido esta obra, había otras opciones como esperar o buscar otras soluciones. Y, como decía antes en mi intervención, es evidente que si alguien presta un dinero, algún beneficio tiene que tener y de algún sitio tiene que salir, y seguimos pensando que este sistema tiene un gran peligro de que sea a costa de los pacientes. En segundo lugar, apostamos claramente por un servicio público, integral, del servicio de nutrición, incorporado también al servicio de cocina. Y esta es nuestra apuesta. La privatización nos parece un error y, por lo tanto, apoyamos esta moción como un ejercicio de responsabilidad en relación con nuestras opiniones, ideas y nuestras propuestas en este sentido. Por lo tanto, los que lo hacen en contra lo harán ejerciendo esa responsabilidad, pero yo no me considero, desde luego, para nada, menos responsable al respecto que ninguno de ustedes. Nada más y gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. En el turno en contra, por UPN, el señor Pérez Prados.

SR. PÉREZ PRADOS: Muchas gracias. Vamos a votar en contra de la moción. Creemos que no es todavía el momento oportuno de tomar una decisión en condiciones de este tipo. Nos preguntaba la señora Ruiz Jaso a ver cuánto tiempo sería necesario. No lo sé, no lo sabemos. Los propios responsables de la empresa hicieron una referencia al período que se suele dejar a cualquier cargo político de los cien días. No sé si eso les sirve de orientación o no. Ellos dijeron que estaban siendo criticados ya desde el primer día sin ningún período, tampoco, de margen de confianza. También es cierto, y resaltaron, la complejidad, como hemos dicho antes, del sistema, y sobre todo la adaptación de los profesionales, lamentablemente, del personal de enfermería a este nuevo sistema en frío que es apoyado prácticamente por todos los grupos y que nos hubiese traído en ese período de adaptación a situaciones similares a las que estamos viviendo ahora. Creo que se podrán

resolver, me da la sensación, con la buena voluntad de todos los que participan en la cadena. Se podrán resolver muchos de los aspectos que ahora están siendo cuestionados y que están apareciendo en las reclamaciones, en las encuestas de los pacientes, y presenta muchas ventajas como hemos podido observar en la comparación de las visitas que hicimos a las anteriores cocinas como ahora en cuanto a la elaboración de los productos, desde la entrada al propio hospital hasta la salida hacia cada uno de los enfermos. En cuanto a esa higiene, esa seguridad alimentaria, esa disminución del riesgo de infección y toxicidad, y algunos otros derivados también, como ya hemos hecho referencia, en cuanto a adaptar los horarios a la prescripción médica y el tratamiento, y no a la inversa como en la situación anterior. Quiero resaltar, pues, esas ventajas y esperar que en este período, en este margen de unos meses –ellos indicaron esos cien días más o menos como una referencia a otros ámbitos– se podrán ir solucionando todos los aspectos que hemos visto, que distorsionan un poco y que originan las quejas que he oído hasta ahora y que aprovechemos, pues, las ventajas que tiene este nuevo proceso, esta nueva metodología de elaboración de comidas de cara al paciente, de cara al enfermo o ingresado. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Caro, por el grupo socialista.

SR. CARO SÁDABA: Muchas gracias, señor Presidente. La verdad es que tanto la señora Ruiz como la señora de Simón parece que ellas se lo guisan y ellas se lo comen, hablando de cocinas permítame la broma. Yo he dicho antes que cada cual entiende la responsabilidad como quiere entenderla. Para ustedes, lo responsable es pedir la rescisión de este contrato, cuando apenas llevamos unas semanas de funcionamiento y, para nosotros, la responsabilidad la entendemos como dar un tiempo razonable para poder dar opciones de solventar la problemática que se ha detectado y que el sistema se estabilice. Yo quiero dejar claro, insisto, como lo he hecho antes, que, efectivamente, las noticias que se trasladan nos preocupan. Nos preocupan y esperamos y deseamos que cada mes y cada día que pase las reclamaciones vayan siendo menores y los problemas, sobre todo en relación con la calidad del servicio, se vayan reduciendo. Y nos reservamos el derecho,

como creo que nos corresponde y que ustedes respetarán, a que en el momento en que entendamos que efectivamente ha pasado ese tiempo razonable como para que las cosas se hubiesen encauzado correctamente, podamos pedir, igual que ustedes hacen hoy, que se rescinda el contrato. Insisto en que al que más le interesa un buen funcionamiento del sistema es al propio Gobierno y, por tanto, si el Gobierno no actúa en esa dirección, cuando entendamos conveniente actuaremos nosotros, con o sin apoyo del resto de las formaciones políticas. Yo creo, insisto una vez más, que no podemos dar por bueno el considerar que con el anterior sistema todo funcionaba perfectamente y no había reclamaciones, porque las había y, por tanto, desde la idea de que problemas de reclamaciones y de anécdotas en algunos casos como las que se han relatado aquí a lo largo de la mañana van a existir siempre. Desde esa premisa, la intención de este grupo, como he manifestado, es la de dar ese tiempo razonable para intentar encauzar el sistema y que se estabilice. A partir de ahí, como digo, nos reservamos el derecho a que, si vemos que esto no se está produciendo, podamos tomar la iniciativa propia de pedir esa rescisión del contrato. Nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señor Martín, por el Partido Popular.

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Muy brevemente, nosotros vamos a votar en contra de esta moción por varios motivos. En primer lugar, porque nosotros hemos apoyado el modelo desde el principio. En segundo lugar porque, como ya se ha dicho aquí por otros portavoces, la empresa lleva un mes de funcionamiento en las cocinas del complejo y, desde luego, consideramos que no es un tiempo suficiente como para sacar conclusiones definitivas, máxime cuando es evidente que ahora mismo no se están produciendo los mismos problemas que se producían el primer día. Es decir, que se está mejorando el servicio. En tercer lugar, en cuanto a la empresa, es una empresa que atiende a sectores sanitarios, sociosanitarios, de educación, empresas, etcétera. Es una empresa que está en posesión de certificados de calidad ISO 9.001 y del certificado de medio ambiente ISO 14.001, y todos sabemos más o menos lo que cuesta conseguir,

y más renovar, un certificado de calidad. Nosotros hemos intentado investigar a ver si esta empresa tenía algún antecedente de rescisión de contrato por incumplimiento o irregularidad y no tenemos noticias de que así haya sido. Y, por último, nos deja especialmente tranquilos, entre comillas, el hecho de que el departamento ya sea consciente de los problemas que ha habido y esté controlando el asunto, como es el hecho de que haya interpuesto o de que haya abierto un expediente informativo. Que está planteando, que está comprobando que la calidad del servicio sea la adecuada, que la seguridad dietética sea la adecuada y que se cumplan todos los requisitos que figuran en el pliego de condiciones de la contrata. Por lo tanto, nosotros ahora mismo no vemos causa justificada como para plantear, a día de hoy, una rescisión del contrato con la empresa. Nada más, muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Para réplicas, señora Fernández de Garaialde.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Muchas gracias, señora de Simón. A los demás, sí que es cierto que lo que les tengo que decir es que ahora decimos que todavía no es el momento para resolver el contrato. Claro, pero nos estamos fijando en que no es el momento para resolver el contrato para ver si mejoran, en que los garbanzos dejen de venir como canicas, en que los yogures dejen de venir calientes, o en que no haya nadie que pregunte si una persona es diabética por la mañana, al mediodía o por la noche. Entonces en eso nos estamos basando, y en eso es en lo que estamos pretendiendo que mejore para rescindir o no rescindir el contrato. Claro, nos olvidamos, insisto, de una parte todavía muchísimo más importante y que espero, cuando vengan los dietistas, que nos lo dejen muy claro, y es la mejora o qué va a pasar con esa otra parte que está relacionada con el tratamiento, que está relacionada con la recuperación del paciente, y que eso es lo que realmente nos debería preocupar y nos debería hacer analizar este modelo. Encima partimos ya, insisto, el tema es si se está de acuerdo con el modelo o si no se está de acuerdo con el modelo. Si realmente se cree en el modelo privatizado, donde el beneficio económico es el que nos están diciendo o no es. Entonces, más allá de todo esto, los de los garbanzos como canicas y todo ese tipo de cosas, entiendo que con el tiempo se podrán

BORRADOR

solucionar, pero hay otro problema de fondo que es el que no queremos analizar, el que no queremos mirar, y es, primero, el modelo y el tratamiento de estas personas y, vuelvo a insistir, más allá de las condiciones laborales de las personas que están ahora mismo allí. Claro, señor Martín, me sorprende que le preocupe si tiene la ISO de calidad y todo eso. Lo digo porque los laboratorios de Tudela también tenían la ISO de calidad y miren qué rápidamente se los han cargado todos. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Pasamos, pues, a la votación. Votos a favor de la moción: 5. Votos en contra: 10. Queda rechazada la moción que se ha debatido. No habiendo más asuntos que tratar, señoras y señores Parlamentarios, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 14 minutos.)