TRANSCRIPCIÓN PENDIENTE DE CORRECCIÓN.

BORRADOR PREVIO A LA EDICIÓN DEL DIARIO DE SESIONES

COMISIÓN DE SALUD

Sesión celebrada el día 9 de abril de 2013

Orden del día:

- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la situación del Área de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar y valorar los últimos datos relativos a accidentes de trabajo con baja en jornada laboral.
- Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar el contenido del borrador del Real Decreto que regulará la gestión de las bajas laborales y la postura del Gobierno de Navarra.

(Comienza la sesión a las 10 horas y 12 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la situación del Área de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Buenos días, señoras, señores Parlamentarios. Damos inicio a esta Comisión de Salud, ante la cual comparece la Consejera doña Marta Vera, que, como es habitual, viene acompañada de todo su equipo directivo. Como bien conocen, tenemos tres puntos en el orden del día, el primero de los cuales: Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar la situación del Área de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra. Esta es una comparecencia que han solicitado cuatro grupos parlamentarios: Bildu, Aralar/Na-Bai, Izquierda-Ezkerra y los no adscritos. Como ya hemos dicho previamente, antes de iniciar la sesión, va a ser la propia Consejera quien inicie directamente su exposición. Así que, señora Consejera, cuando quiera, tiene la palabra.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, señorías. En esta primera intervención voy a tratar de explicarles en detalle la situación del Área de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra, tal y como han solicitado todos ustedes. Voy a explicar también las declaraciones que efectuó a los medios de comunicación el doctor Lera, como pedía el Grupo Parlamentario Izquierda-Ezkerra, y voy a responder a todas las preguntas que me formulaban los Parlamentarios no adscritos.

Comenzaré por explicar en qué consiste el Área de Cirugía. El Área Funcional de Cirugía del Servicio Navarro de Salud, se creó y reguló mediante el Decreto Foral 84/2008 de 15 de julio. Posteriormente, por Orden Foral 20/2011 de 18 de febrero, se adaptó su organización y estructura al Decreto Foral 19/2010 de 12 de abril por el que se creaba el Complejo Hospitalario de Navarra y se establecía su estructura directiva. Esta orden foral especifica, entre otras cosas, que el Área Clínica de Cirugía cuenta con dos órganos de

dirección (el Director del Área Clínica y el Comité de Dirección del área) y siete unidades clínicas.

La misma orden foral establece que el mecanismo de provisión para el primero de estos dos órganos de dirección, el Director del Área Clínica, es el de nombramiento libre por parte del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud a propuesta del gerente del Complejo Hospitalario de Navarra, entre personal de plantilla del Servicio Navarro de Salud, con la categoría de facultativo especialista de alguna de las especialidades que configuren el Área Clínica, y que posea una experiencia mínima de dos años. Posteriormente, el Decreto Foral 62/2012 de los Estatutos del Servicio Navarro de Salud establece en su artículo 14.1 que los directores de área serán nombrados y cesados libremente por la Consejera de Salud a propuesta del gerente del Servicio Navarro de Salud.

Y con respecto al segundo órgano de dirección, el Comité de Dirección, la misma Orden Foral 20/2011 de 18 de febrero establece que este órgano no unipersonal estará constituido por: el director del área, ocupando el cargo de presidente del comité; el director médico, el director de enfermería, tres jefes de Unidad Clínica y dos jefes de Unidad de Enfermería. Una vez definidos los órganos de dirección y los mecanismos de designación, la misma norma establece que en el plazo de tres meses el director debería haber presentado ante el Comité de Dirección un Plan Funcional del área para los siguientes cuatro años. La realidad es que el citado Comité de Dirección que debía ser convocado a instancias de su presidente —entonces el señor Lera— no se ha reunido formalmente en ninguna ocasión, al menos desde la incorporación del nuevo equipo directivo en septiembre de 2011.

La plantilla del Área de Cirugía General del Complejo Hospitalario de Navarra, a 31 de diciembre de 2011, estaba constituida por un total de cuarenta y cinco profesionales, de los cuales doce eran mandos intermedios – director, jefe de servicio, jefes de sección o jefes de unidad— y dándose la circunstancia de que algunos de ellos o estaban apartados de la actividad asistencial directa —consultas, pase de visitas o intervenciones quirúrgicas— o esta era mínima. Pueden ver los datos en el cuadro adjunto. En la columna de

la izquierda pueden ver el número de personas contratadas en el área en esa fecha. En la segunda columna, su equivalente asistencial teórico, es decir, qué parte de su jornada debían dedicar a la asistencia. Y en la tercera columna, la actividad asistencial que realizaban de facto. Lo que quiere decir que, aunque había 45 personas trabajando, asistencialmente se correspondían con el trabajo de 36,25.

Con estos recursos humanos, la actividad del área durante el año 2011 fue la siguiente:

Como ven ahí, ingresos: 4.447. Estancias, 23.767. Estancia media de 5,34 días. Intervenciones quirúrgicas, un total de 6.999, que se desglosan en: actividades programadas en el complejo, 2.492; urgentes, 1.578; un total, por lo tanto, en el Complejo Hospitalario de 4.070 intervenciones; y programadas en el Hospital San Juan de Dios, 2.929. Las sesiones quirúrgicas ordinarias en el Complejo Hospitalario fueron 1.013, y la lista de espera estructural a 31 de diciembre de 2011 era de 1.172 pacientes.

Para desarrollar estas sesiones quirúrgicas ordinarias en el año 2011, además de la actividad en jornada de mañana, el área disponía de quirófano las tardes de los martes y los jueves, como digo, en jornada ordinaria. Y además, entre los meses de enero a mayo, dispuso de dos sesiones quirúrgicas semanales por la tarde, los lunes y los jueves, retribuidas como peonadas. Pese a ello, la lista de espera estructural creció en 222 pacientes desde el 31 de diciembre de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2011. Entre enero de 2011 y agosto del mismo año, los pacientes en lista de espera estructural rondaron, mes a mes, los 900 pacientes. Y entre los meses de septiembre y diciembre, coincidiendo con la eliminación de las peonadas, los pacientes fueron ascendiendo hasta esos 1.172 a los cuales me he referido anteriormente.

En el año 2012, el Área de Cirugía General se reestructuró para adaptarse al hecho de que, de los 45 profesionales con los que contaban, 11 se fueron jubilando a lo largo de dicho periodo. Y quedó de la siguiente manera: 1 director de área que no ejercía la actividad asistencial, en la Unidad Colorrectal, 8 facultativos; en la Unidad Endocrina, 4; en la Unidad Esófago-

Gástrica, 2; en la Unidad Hepatobiliar, 3; en la Unidad de Mama, 6; en la Unidad de Pared Abdominal, 5; y en la Unidad de Urgencias, 5.

La plantilla a diciembre de 2012, como ven, estaba distribuida de la siguiente manera: 1 director de área, 6 jefes de unidad y 27 facultativos.

Con una plantilla sensiblemente menor, si comparamos el mismo periodo de diciembre de 2012 frente a diciembre de 2011, la actividad quirúrgica realizada por el área ha sido la siguiente: ingresos, 4.169 –como ven, a la derecha está la columna de la diferencia respecto a la actividad que les he detallado antes, de 2011–; estancias, 22.519; estancia media, 5,4 días; 6.727 intervenciones, por lo tanto, 272 intervenciones menos que en el año 2011; programadas en el complejo, 2.268; urgentes, 1.661; total en el complejo, 3.929, más las programadas en San Juan de Dios, 2.798; las sesiones quirúrgicas ordinarias fueron 1.000, frente a las 1.013 del año 2011; y la lista de espera estructural era de 1.093 pacientes a 31 de diciembre, por lo tanto, 79 pacientes menos.

Es decir, se produjo una reducción de la actividad quirúrgica total de 272 intervenciones, 263 por el descenso de las intervenciones realizadas en programas de tarde mediante peonadas, —es decir, en el año 2011 hubo 263 intervenciones retribuidas como horas extraordinarias en peonadas, de esas 272 que se han reducido— y por el descenso de la actividad del Hospital San Juan de Dios.

Durante el primer trimestre del año 2013 la situación es la siguiente: la reducción de las actividades programadas ha sido de 37 intervenciones menos que en el mismo periodo del año 2012, y la reducción de las intervenciones programadas en el Hospital San Juan de Dios con respecto al primer trimestre del año anterior ha sido de 336 intervenciones menos. En consecuencia –no solo por la actividad, sino también por la indicación quirúrgica que se ha producido en el Servicio Navarro de Salud, en el Complejo Hospitalario—, se ha reducido el número de pacientes en espera en un 26,7 por ciento, lo que significa 459 personas menos que en la misma fecha del año anterior. Sin embargo, el número de días de espera media se ha incrementado y está ahora en 131 días.

¿Por qué ha ocurrido este desajuste y qué es lo que estamos haciendo para corregir esa tendencia? En primer lugar, como ya hemos comentado, se han jubilado once personas. Pero se va a contratar a tres médicos para el área, tres personas que son las que indicó el doctor Lera que necesitaría para mantener una actividad ordinaria adecuada y que son las que también la dirección consideró en su momento y considera que supone una cantidad idónea para completar la actividad asistencial del área. La dirección del Complejo Hospitalario se comprometió con el doctor Lera a que se realizarían estas contrataciones en los meses de enero y febrero de este año -una vez que ya se habían producido las jubilaciones- con el objetivo de corregir una tendencia descendente en la actividad, especialmente de consultas -no tanto en la actividad quirúrgica sino en consultas- y coincidiendo con el potencial incremento de la disponibilidad quirúrgica del Hospital San Juan de Dios. Con el relevo de la dirección del área se ha retrasado la contratación de estas personas porque su director no estaba de acuerdo con que esos puestos se cubrieran con las que estaban en los primeros puestos en las listas de contratación, pero está previsto que esta se efectúe en los próximos días con arreglo al acuerdo de contratación al que me estoy refiriendo de la Administración.

En segundo lugar, como ya saben, durante unas semanas, y mientras negociábamos el nuevo concierto con el Hospital San Juan de Dios, se dejaron de programar intervenciones por la tarde, aunque, como saben, recientemente ya se llegó a un acuerdo con el citado centro y se han reanudado las intervenciones quirúrgicas en horario de tarde. Como saben, la lista de espera se calcula de manera prospectiva en función de la actividad reciente —de la capacidad instalada y de la actividad reciente—; por lo tanto, el mes de marzo todavía no contempla la reanudación de la actividad de San Juan de Dios, con lo que, para el mes siguiente, este dato de espera en días se reducirá, si bien, como digo, el número de personas esperando ya he dicho que se ha reducido.

En tercer y último lugar, la actividad ordinaria de tarde se mantuvo idéntica a la del año 2011 hasta el mes de julio. Tras las vacaciones, solamente quedó en jornada ordinaria de tarde un día a la semana –de los

dos que había—, pero se compensó parcialmente con las prolongaciones de sesiones quirúrgicas, secundarias a la ampliación de jornada del personal. Así, el descenso de actividad secundaria a la reducción de actividad ordinaria de tarde lo estimamos en unos cincuenta pacientes. En breve, se va a reponer la otra sesión quirúrgica de tarde en horario ordinario, la que eliminamos en julio. Tenemos que resaltar aquí también la realización de distintas intervenciones en el Hospital García Orcoyen de Estella, que como saben todos ustedes, iniciamos el año pasado y es la derivación de pacientes del Complejo Hospitalario en lista de espera al Hospital García Orcoyen para tratar de ir aligerando también un poco nuestra lista de espera.

Es una lástima que este Parlamento, al limitar la jornada de los trabajadores del sector público en Navarra a treinta y cinco horas semanales para el año 2013, a diferencia de lo que ocurre en todo el resto de comunidades autónomas y también en el resto de sectores económicos, haya acabado con la posibilidad de realizar esas intervenciones que entre el mes de junio y el mes de diciembre del año de 2012 hemos realizado, y de incrementar la accesibilidad de los ciudadanos a un servicio tan necesario como el sanitario. Pero, bueno, así son las cosas y nosotros debemos ir, por supuesto, adaptándonos a lo que, como es lógico, se va aprobando en este Parlamento.

Debo resaltar, como hemos dicho siempre, que el descenso de la actividad y el aumento de lista de espera se han concentrado en las consultas de patología de menor relevancia, tales como cirugía menor y pared abdominal, proctología y colelitiasis. Por el contrario, las patologías graves, como el cáncer, como saben, apenas cuentan con listas de espera porque ha sido una especialidad, como cirugía cardiaca o cirugía vascular, que ha sido priorizada por nuestro sistema de gestión de la lista de espera.

En conclusión: si se extrae la actividad realizada en jornadas extraordinarias en el año 2011 y se considera la actividad de tarde ordinaria, generada por el programa ordinario de tarde y los módulos de actividad adicional en tarde –como consecuencia del incremento de jornada en el segundo semestre del año 2012–, la actividad desarrollada por los cuarenta

profesionales en plantilla para 2011 ha sido prácticamente la misma que la realizada por esos mismos 40 profesionales durante 8 meses, y 34 durante 4 meses por la jubilación de algunos de ellos. Es decir, lo que equivale a 37 profesionales a jornada completa.

De ahí que las estimaciones de la Dirección Médico Asistencial del complejo se centren en torno a esos 37-38 profesionales efectivos para el área, modificando –eso sí– la estructura organizativa del área, reduciendo las unidades funcionales de 7 a 6 –agrupando la Unidad Esófago-Gástrica y la Unidad Hepatobiliar en una única unidad denominada Supramesocólica—, reduciendo sensiblemente el número de puestos de jefaturas y eliminando la exención de actividad asistencial del director del área que, basándose en un reparto de funciones organizativas entre los responsables de las unidades, incluso puede compatibilizar la responsabilidad directiva del área con la de la Unidad Funcional y desarrollar actividad asistencial. En el cuadro que está proyectado pueden ver cuál era el número de personas en cada uno de los puestos en el Área Clínica en diciembre –que se los he comentado antes– de 2011 y de 2012 y las de abril de 2013 en el momento en que incorporemos, como digo, a esas personas. En estos momentos se está realizando la contratación de la lista.

Con esta plantilla, el programa de trabajo previsto es la realización de 33 sesiones quirúrgicas programadas con anestesia general –15 en el Complejo Hospitalario "a", 10 en el Complejo Hospitalario "be" y 7 en el Hospital San Juan de Dios–, y 7 sesiones con anestesia local en el Hospital San Juan de Dios.

Este programa, proyectado a 46 semanas al año –40 semanas al cien por cien de actividad y 12 al 50 por ciento– y con unos rendimientos medios por sesión adecuados a la complejidad de las patologías a intervenir en cada sesión, nos llevará a un total de intervenciones anuales de 7.100, semejante a la actividad realizada en el año 2011, incluidas las peonadas. Como ven, aquí tienen el cuadro con las sesiones por semana y las intervenciones por sesión, las semanas al año, y ven el número total de intervenciones al cual hacía referencia, 7.084, 7.100.

En lo que concierne a las consultas externas, la realización de 7 consultas diarias de lunes a jueves permitirá la realización de unas 9.600 primeras visitas y 17.700 sucesivas, que se equipara prácticamente con la actividad realizada en el año 2011, también incluidas las peonadas. Para la realización de esta actividad, se ha estimado necesaria una plantilla efectiva – como decía— de 37 profesionales, distribuidos semanalmente de acuerdo a este cuadro que se adjunta.

Me centraré, a continuación, en los motivos del relevo del director del Área de Cirugía.

Quiero recordar, como ya hemos visto en la normativa foral que regula esta área, que el puesto de director del área es un puesto de libre nombramiento y cese. En consecuencia, quienes lo ocupan saben que pueden ser cesados y que sus puestos, por descontado, no son vitalicios. En referencia al cese del señor Lera, tengo que decir que, tal y como dijo en su momento el director del Complejo Hospitalario, este obedece a razones organizativas.

Como consecuencia de la experiencia obtenida en estos primeros años de funcionamiento del área desde su constitución y de la situación actual de la misma –de la cual les he informado ampliamente– la dirección del complejo ha planteado la reorganización del Área de Cirugía con una nueva estructura organizativa que contempla, además de cambios funcionales en las unidades, la unificación física y funcional de todas las unidades clínicas del área de los hospitales "a" y "be" con ámbitos de actividad coincidentes. Para esta nueva etapa, la dirección del complejo, en referencia a la dirección del área –al tratarse de un cargo de libre designación– ha considerado oportuno plantear su relevo por otro facultativo.

Creo, señorías, que con esto he respondido a todas las cuestiones que me han planteado en esta comparecencia. Quizás sólo me haya faltado responder a la última pregunta que me planteaban los señores Patxi Leuza y Manu Ayerdi. Y la respuesta es, según me trasladan desde la Dirección Médica del complejo y de la dirección del propio Complejo Hospitalario, que el nuevo director del área ha sido elegido por su capacidad profesional, su

capacidad para dirigir equipos, su capacidad para el diálogo, el reconocimiento de sus compañeros profesionales y porque, como ya he dicho, compatibiliza la gestión con la actividad asistencial.

Quiero terminar, Señorías, indicándoles que, como ven, los argumentos esgrimidos por la Dirección Médica y del complejo son de carácter meramente organizativo y de gestión interna, tanto del Área de Cirugía como del propio complejo. En ningún caso, repito, en ningún caso, la sustitución del doctor Lera responde a ninguna otra causa que no sea la reorganización interna que todos los servicios y áreas del complejo están acometiendo en estos momentos.

Creo que ha quedado claro que las necesidades del área para cubrir la demanda tienen mucho más que ver con la necesidad de recursos materiales –de sesiones quirúrgicas– que con los recursos humanos. Les pido respeto para las decisiones que toman los profesionales médicos después del análisis pormenorizado de las necesidades que tienen y de los recursos con los que cuentan. Les pido confianza en nuestros médicos, los que están ocupando puestos de dirección y de gestión, porque son ellos los que proponen los candidatos que, a su juicio, poseen las mejores cualidades para los diferentes puestos y los que cuentan con su confianza para la organización interna y la actividad diaria, al igual que sucede, por otra parte, en la gran mayoría de trabajos de nuestra sociedad. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Comenzamos, pues, una ronda de grupos solicitantes. En primer lugar, por Bildu. ¿Señor Ramírez?

SR. RAMÍREZ ERRO: Muchas gracias, señor Presidente. Egun on guztioi. Bienvenida, agradecemos la información que nos ha transmitido desde el Gobierno de Navarra la Consejera de Salud –y su equipo–, que ha terminado su intervención pidiéndonos respeto y confianza. Respeto, sí, todo. Confianza... Porque claro, al final, lo que es constatable es que las medidas e iniciativas del Gobierno de Navarra, desde que iniciase la legislatura, han sido no pocas, pero positivas, ninguna. Y lo cierto es que usted, señora Consejera, viene aquí a dar cuenta de una disminución de profesionales. Nos da la sensación de que no asume ni es consciente del deterioro del servicio que se

está produciendo con su gestión. Su gestión, basada única y exclusivamente en el recorte. No en el paciente, no en la calidad de la salud, no en la cobertura general, no en la ampliación de ese derecho básico que tiene la ciudadanía para la salud, sino en recortarlo. Y ya, lo que no podemos dejar de reseñar y de rebatir es que nos parece inaceptable que usted sitúe en aquellos que pretendemos defender los derechos sociales y una salud pública de calidad, la responsabilidad del deterioro en materia sanitaria en unos aspectos. Nos ha parecido absolutamente —si me lo permite— insolente el que usted pretenda trasladar a la oposición, a este Parlamento, a la mayoría de este Parlamento, la situación en la que está la sanidad pública de Navarra.

Y entendemos que tiene una papeleta difícil, señora Consejera, porque los resultados a la vista están, porque usted ha sabido generar un malestar interno entre los profesionales que está teniendo consecuencias directas en el mal funcionamiento de los servicios de salud en Navarra. Usted, por mor del recorte, ha empeorado claramente servicios que funcionaban bien, por lo tanto, por mucha estadística -que le agradecemos que nos la dé-, lo que se constata es que su prioridad no es la calidad, su prioridad no son las listas de espera, su prioridad no es mejorar el servicio, sino que su única prioridad es recortar y recortar. Incluso en cuanto al gasto, las cuentas cerradas de 2012 constatan cómo se sigue haciendo una mala gestión y, por lo tanto, se tiene que recurrir una y otra vez a modificaciones presupuestarias, incluso compartidas, que para Unión del Pueblo Navarro eran tan fundamentales, como el tren de alta velocidad. Por lo tanto, nosotros creemos que usted está en una situación, en una obligación de pretender poner en valor su gestión, pero con esta comparecencia, señora Consejera, constatamos que pocos o ningún argumento tiene al respecto.

Ha querido desviar la decisión en torno al señor Lera, que nosotros entendemos que en materia de gestión el Gobierno de Navarra y los diferentes departamentos tienen que tener la capacidad de decidir qué personas deben ser las más adecuadas, y sus motivos tendrán. Bueno, ¿respetar? Lo respetamos, pero hay algo de fondo, y es que se están produciendo cosas muy importantes y muy negativas en la sanidad pública de Navarra. Se está constatando que estamos ante un departamento incapaz de

asumir sus propios compromisos. Ahí está el Plan de Conciertos, que no existe, que no lo tenemos. Pero es que es una y otra. Ayer mismo, este Parlamento volvió a reprobar su gestión, señora Consejera. Y le aseguro que para mí, personalmente, no es nada agradable el pedir su dimisión ni el constatar que, en su mayoría, este Parlamento, una y otra vez, está reprobando su gestión. Pero es que, además, que su contraataque dialéctico sea culpar a la oposición del mal servicio o del deterioro del servicio en materia quirúrgica, me va a permitir que no lo asumamos con normalidad y sea criticado con rotundidad, con tranquilidad, pero con la máxima rotundidad, porque usted sabe que eso es absolutamente incierto y además creemos que lesiona el más mínimo sentido común.

Por ello, señor Presidente –termino mi intervención– a partir de la comparecencia llegamos a la conclusión de que tenemos menos medios, llegamos a la conclusión de que se activa, se reactiva el malestar de las personas y los profesionales que cuentan con todo nuestro respeto y, desgraciadamente, constatamos una vez más tras su comparecencia que usted sigue dando pasos hacia un grave deterioro de la sanidad pública. Esa sanidad pública que en su día Unión del Pueblo Navarro vendió como la sanidad diez propia de una comunidad diez y ahora ni siquiera se atreven a mencionarlo, ni siquiera de pasada. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. ¿Por Aralar/Na-Bai, señora Fernández de Garaialde?

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Gracias, señor Presidente. Buenos días a todos y a todas. Yo también quiero dar la bienvenida, señora Consejera, al equipo que la acompaña y agradecer las explicaciones que nos han dado. En primer lugar, me gustaría pedirle si, por lo menos, absolutamente todos los datos que nos han dado en la comparecencia nos los puede hacer llegar porque claro, como es evidente, una, por lo menos, no asimila tan rápidamente el número de intervenciones que hubo un año, y todos esos datos que nos ha dado. En segundo lugar, no sé si son una lástima las actuaciones o las decisiones que toma el departamento. Lo que a esta Parlamentaria y a este grupo les parece una

lástima son las políticas que está realizando usted y la gestión que está haciendo usted de su departamento y que, fruto de esas políticas y de esa gestión, estemos en la situación en que estamos actualmente en la sanidad navarra, que se podría calificar, prácticamente, de caos total.

Yo no voy a entrar a analizar cuáles son las causas o los motivos últimos de la destitución del señor Lera. No lo pedimos en la comparecencia y, desde luego, es algo que tampoco me interesa en el fondo. Lo que sí me interesa es que cuando el señor Lera fue destituido, lo que se decía era que había habido una disminución de plantilla, menos quirófanos, un aumento de listas de espera, no se cuenta con nadie y no se informa. A continuación, después de esto y con las explicaciones que nos ha dado usted —y que, insisto, espero que nos dé los datos para que podamos analizarlos en profundidad—, todavía no muy lejos, ayer vemos que Salud no puede asumir la demanda de cirugía de Traumatología y vuelve a derivar a la privada, ni dentro de Traumatología ni de Cirugía General. Después vemos —es un continuo— que por un lado usted dice que disminuyen las peonadas, disminuyen las derivaciones, luego aumentan las derivaciones, aumenta la lista de espera, aumentan los quirófanos, disminuye, quiero decir, es un absoluto caos de noticias que tenemos.

Entonces, la pregunta que le hacemos, y que espero que nos responda, es por qué no hace el Plan de Conciertos. ¿Por qué no hace ya el Plan de Conciertos? No ponga esa cara, que no lo tiene hecho. No ponga esa cara, que no lo tiene hecho. Que lo que ya le hemos dicho aquí los que estamos en la oposición es que lo que nos ha presentado no es un Plan de Conciertos. Es decir, ¿por qué usted no viene aquí y nos dice qué modelo de atención sanitaria queremos? ¿Qué modelo plantean ustedes? A partir de ese modelo, se puede analizar por completo la cartera de servicios del departamento, analizar los recursos humanos y materiales necesarios, las infraestructuras que tenemos. Y en función de eso, planificar. En función de eso, planificar. Y, a partir de ahí, saber qué vamos a concertar, para qué vamos a concertar y con quién vamos a concertar. Eso es lo que le llevamos pidiendo hace mucho tiempo. Lo que no entiendo es por qué no nos lo trae, por qué estamos con este caos informativo, que la gente no sabe si aumentamos los quirófanos, si

los disminuimos, si se trabaja por la tarde, si existen peonadas, si aumenta la lista de espera, si disminuye la lista de espera o qué está pasando. Y es tan sencillo como traer esto. Probablemente discrepemos en el primer punto, que es qué modelo de atención sanitaria queremos, no tengo ninguna duda. Pero, por lo menos, tendremos algo escrito sobre qué debatir, y la gente sabrá cuál es su política sanitaria, qué es lo que pretende hacer, por qué deriva, por qué no deriva, por qué no contrata a personas, etcétera. Y eso es lo que queremos saber. Algo tan sencillo como eso. Y vuelvo a preguntarle: ¿por qué no nos lo trae?

A continuación, y para acabar, efectivamente, claro que tenemos respeto, claro que tenemos respeto a los profesionales, pero ¿usted les va a hacer caso en la carta que le han dirigido o le van a dirigir sobre hacer un concurso-oposición, que es lo que piden parte de los jefes que consideran que la mejor forma de cubrir las jefaturas es por un concurso-oposición? ¿Les va a hacer caso en el compromiso que plantean ellos? Es decir, ¿los jefes entienden que en un principio se pueden designar a personas de confianza, pero piden un compromiso para convocar las plazas mediante concurso-oposición? ¿Les va a hacer caso cuando piden prudencia? ¿Les va a hacer caso cuando piden transparencia? ¿Les va a hacer caso cuando hablan de negociar? ¿Les va a hacer caso cuando hablan de reflexionar? ¿Les va a hacer caso? Nosotros respetamos, por supuesto que respetamos, pero hace falta saber si usted les respeta a ellos en todo lo que pone en esa carta que no sé si se la han mandado o se la van a mandar. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. ¿Por Izquierda-Ezkerra, señora De Simón?

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Perdón, barkatu. Gracias, señor Presidente. Eskerrik asko. Egun on, buenos días, señorías. Buenos días, señora Vera, buenos días a todas las personas que la acompañan y gracias por sus explicaciones. No sé si ha querido decir –yo así lo he entendido– que desde que usted ocupa este cargo con menos personal en el Área de Cirugía la actividad ha sido mayor. He entendido que es la proporción entre profesionales sanitarios y actos sanitarios lo que da mejores valores; como

ustedes suelen decir, mayor productividad. Si esto es así, les felicito, porque esta es una de esas medidas que no cuestan dinero, pero está claro que esto no es suficiente porque las listas de espera aumentan y aumentan muchísimo. Han aumentado de manera preocupante, no le voy a dar los datos porque usted los debe de tener, y yo he investigado, pero de lo que ha hablado ahora no me ha dado tiempo a tomar nota. De lo que sí que he tomado nota, y lo que tengo claro, es que se han producido once jubilaciones desde 2011 y solo parece que va a haber tres contrataciones que, por lo visto, no van a tener que ver con la lista de contratación, porque parece ser que no les sirve. Eso he entendido —igual he entendido mal, ¿eh?—, que no habían hecho ustedes contratos, porque algunos de los directivos, de las jefaturas de servicio o algunos de los cargos del Departamento de Salud decían que esas listas no les servían. Si lo he entendido mal, me disculpa.

En todo caso, parece ser que con treinta y siete cirujanos, diez menos que en 2011 –cuarenta y siete—, con jefaturas de unidad que van a duplicar su responsabilidad –no sé si hasta ahora los jefes de unidad trabajaban a medio gas o no—, el caso es que nos quiere hacer creer hoy que con treinta y siete cirujanos –menos de los que había—, con unas listas de espera totalmente disparadas, con las peonadas suprimidas sin ninguna alternativa, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea está preparado para atender las necesidades de salud de la ciudadanía.

Mire, yo antes les acusaba a usted y a su equipo de falta de previsión. Yo creo que ahora no. Yo creo que ustedes saben lo que hacen y por qué. Yo creo que ustedes actúan por el encargo que recibieron en su día del Gobierno y esto se ve por la cantidad de recortes, la cantidad de derivaciones a la sanidad privada —que, por cierto, hoy deriva, mañana derivo y pasado mañana no se sabe, ¿no?—, y ese vaivén en el que usted se ve —entiendo que sometida—, cada poco tomando una decisión y luego cambiándola. Presupuestos que se reducen y luego hay que ampliar una partida presupuestaria, días de intervenciones quirúrgicas —por ejemplo, en San Juan de Dios— que se eliminan y luego no, derivaciones a la sanidad privada que se recortan y ahora no y se vuelve. Entonces, nosotros creemos que no es serio.

Respecto al señor Lera, mire, no entramos en a qué se ha debido o se ha dejado de deber su cese y su no cese, porque, evidentemente, usted tiene la potestad de destituir de este cargo a quien le parezca oportuno. A mí lo que me preocupó del doctor Lera -un cargo de confianza de UPN, entiendo, desde hace muchos años; es un señor que ocupa el cargo de cirujano desde el año 1991 por oposición. Son muchos años v. de hecho, ha sido cargo con usted- es lo que decía este señor. Hablaba de recortes que han tenido y tendrán un impacto en la seguridad y asistencia sanitaria, una crítica que hemos hecho desde Izquierda-Ezkerra desde siempre y una crítica que han hecho todos los colectivos sanitarios, sindicales, que han pasado por este departamento en diferentes sesiones. Decía también este señor que la señora Vera y el señor Sanz Barea no cuentan con nadie, no se informa, es una actitud despótica, hay un ninguneo a los profesionales. Bueno, aquí está lo de los sindicatos y jefes de sección. Es una crítica que hace un señor que ha sido, entiendo, de su confianza. Decía él que estamos instaurados en el mundo de la chapuza una vez producida la unificación de los hospitales de Navarra –una crítica que también nosotros hemos hecho–, y decía este señor que se está esperando a que la sanidad pública se pudra. Claro, a mí estas afirmaciones me han llamado la atención porque son las mismas -quizá con otras palabras, pero las mismas— que he hecho yo en algunos casos.

La cuestión es que hay una reducción del 28 por ciento de cirujanos y cirujanas, que usted eliminó las peonadas y no ha habido alternativa, que el aumento de las listas de espera es desproporcionada en 2011, que desde luego usted tenía alguna intención en 2011, porque recortó lo recortable, y ahora, una vez avanzado 2013, parece que se empiezan a recuperar algunos de los recortes que usted había hecho, pero sobre todo recuperándolos en las derivaciones a la sanidad privada. Llama la atención el aumento de las derivaciones en Traumatología –a las que hacía referencia ahora mismo la portavoz de Aralar/Na-Bai— y, claro, llama la atención cuando, precisamente, el defensor del pueblo en esta especialidad decía que la Clínica Universitaria de Navarra era la que más cobraba y en algunas intervenciones incluso era el triple lo que costaba allí que en la sanidad privada.

Tenemos un nuevo edificio de urgencias que ahí está, quirófanos sin estrenar, y el planteamiento del dinero es lo único que le preocupa y nosotros creemos que hay cosas que se pueden hacer con dinero y otras sin dinero. Por lo tanto, hace falta reforzar el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea con más profesionales y con más medios.

Decía la señora Vera que tenía que reflexionar sobre lo que se ha hecho. Se lo pido yo también. Y, como le decía, yo creo que usted y su equipo vinieron a lo que vinieron, a recortar y a ahorrar, pero a recortar y ahorrar en la sanidad pública, porque vinieron a gestionar. Desde luego, su experiencia y la de su equipo en sanidad y en cuestiones administrativas era poca. Podrían haber aprendido con el tiempo, pero esto no ha sido así. Bueno, experiencia administrativa alguna ya tienen, malas experiencias en la gente que está en su equipo. Por lo tanto, mire, respecto a los profesionales, respecto a usted, todo el respeto que se merece como persona; pero, desde luego, ni usted, señora Vera, ni su equipo, tienen la confianza de Izquierda-Ezkerra. En el Pleno pediremos su dimisión. Y, para terminar, le agradecería que en otras ocasiones nos facilitara -igual que ha hecho con la prensa- el dossier de la intervención que acaba de hacer, porque yo ahora espero que alguno de los compañeros de la prensa me lo deje para hacer una copia. Yo creo que eso es una muestra de desprecio hacia los Parlamentarios y Parlamentarias que estamos hoy aquí con ustedes. Nada más.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. ¿Por parte del Parlamentario no adscrito, señor Leuza?

SR. LEUZA GARCÍA: Buenos días. Gracias, señor Presidente. Egun on denoi. Gracias, señora Vera y personas que le acompañan, por su información. Aunque tengo que decirle también que entre los puntos que solicitamos nosotros, por lo menos, usted no ha sido muy explícita en cuestiones políticas. Lo ha sido mucho más en datos técnicos, pero, bueno, voy a entrar solamente en el punto seis, cuando ha hablado sobre los criterios para el nuevo director. Ha hablado de reconocimiento por parte de sus compañeros, de competencia. No tengo ninguna duda, pero de la gestión, lo dudo mucho. Que yo sepa, me consta que no tiene ninguna experiencia en

absoluto en gestión. Y en el mundo profesional del que vengo yo, que era el mundo de la construcción, había un dicho que decía que si haces encargado a un buen albañil, pierdes un buen albañil y ganas un mal encargado.

Por lo demás, vamos a hacer una relación cronológica de lo que ha pasado hasta hoy. El 12 de diciembre de 2012, los trabajadores de San Juan de Dios hicieron un comunicado en el cual hablaban del posible cierre de San Juan de Dios y lo que iba a suponer en el Servicio Navarro de Salud: que el Servicio Navarro de Salud tenía que asumir 8.250 intervenciones quirúrgicas al año. La propuesta de Salud de rebajar de 10.026 a 5.400 las operaciones que sus médicos realizarán en San Juan de Dios en 2013 y de abaratar las tarifas de hospitalización pondría al centro -que tiene un 96 por ciento de su actividad concertada- en riesgo de clausura, puesto que supondría un recorte de 5,5 millones de euros. Con la apertura de los 8 quirófanos que sustituirán a los 4 existentes la Clínica Ubarmin, el Hospital San Juan de Dios había asumido que el departamento le retiraría la totalidad de la actividad quirúrgica de Traumatología, unas 1.750 intervenciones al año. De hecho, este mismo mes se cancelarán 120 -estamos hablando de diciembre-, pero no contaba con un recorte tan severo como el planteado para otras especialidades: un 42 por ciento en Oftalmología, un 8 por ciento en Cirugía Vascular, un 30 por ciento en Cirugía General, un 46 por ciento en Otorrinolaringología y un 41 por ciento en Urología.

El 28 de febrero tenemos la noticia de que el señor Lera ha sido destituido después de dos años de ser nombrado para el cargo. Las razones de la decisión, según el señor Lera, son su actitud crítica ante las negativas consecuencias de los recortes sanitarios tanto de la plantilla de cirujanos –que se ha visto reducida en 13 profesionales, lo que supone un 28 por cientocomo de la atención a los pacientes, porque hay menos quirófanos y aumenta la lista de espera. "No se cuenta con nadie –eso es lo que dice él, ¿eh?–, no se informa, estamos instaurados en el mundo de la chapuza".

"El 1 de marzo, al día siguiente, –sigue diciendo el señor Lera– somos 13 cirujanos menos, se han jubilado 10 cirujanos, no se recontrataron a 2 interinos y se rescindió otro contrato por amortización de la plaza. Recorte de

quirófanos en sector público más la pérdida de los que había en San Juan de Dios. ¿Cuál es el problema de fondo? Una absoluta falta de comunicación e información por parte de la dirección, al menos al Área de Cirugía, pero me consta que a todos los servicios médicos. Se toman decisiones en las que no se ha participado y ni siquiera se han conocido. Hay construidos dos quirófanos en el Hospital de Navarra. Se debería haber hecho lo imposible para abrirlos porque son imprescindibles, o no interrumpir el concierto con San Juan de Dios, sino negociarlo mientras se seguía con la actividad. Eso fue una frivolidad". Estoy hablando de palabras del que era director del área. "O se debería abrir la nueva Unidad de Cuidados Intensivos; está construida pero no dotada, y la otra está obsoleta. Hay que priorizar, salvo que se decida que la salud no es importante y que vaya rodando la bola hasta que esto no tenga solución. La sensación es de desmantelamiento por dejadez, esperando a que se pudra la sanidad pública". Creo que son una carga de profundidad estas declaraciones de quien se supone puesto por ustedes o por su partido en la anterior legislatura, por lo tanto era de confianza de UPN. Esta persona que se empieza a dar cuenta de lo que se está pretendiendo hacer con la sanidad pública.

Rueda de prensa de la señora Vera e Iribarren: "El proceso queremos hacerlo con un estilo diferente, con más diálogo interno. La realidad es que por razones de índole organizativa, ese proceso de unificación y creación de unidades no estaba siendo efectivo en el Área de Cirugía". Nota del gerente Iribarren: "La gestión de Lera no ha cumplido con las expectativas deseadas". Vamos a resaltar esto y luego hablaremos de ello. "Todos los planteamientos de Lera han pasado por la mera solicitud de más recursos, sin afrontar problemas organizativos serios que el área tiene, en forma de unidades funcionalmente duplicadas, ubicaciones dobles, asimetría de los recursos entre unidades, atenciones continuadas".

Bueno, vamos a hacer seis preguntas que ya le digo que me las ha contestado más técnicamente que políticamente. Nos preocupa en extremo la denuncia de absoluta falta de comunicación entre gestores y profesionales. Nos preocupa extremadamente la sensación denunciada por el responsable médico del Área Clínica de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra –

que, lógicamente, sí tenía la confianza de la anterior Consejera de Sanidad del Gobierno de Navarra, también de UPN- de desmantelamiento de la sanidad pública, de esperar a que esta se pudra. Yo no pasaba por allí y lo dije, ¿eh? Lo dijo quien era responsable de Cirugía. Tercera: explique si es cierta la disminución de este número de cirujanos y de los quirófanos disponibles, así como los motivos para ello. Cuarta: diga si puede confirmar el aumento de la lista de espera para primeras consultas en Cirugía así como para determinados tipos de cirugía. En caso afirmativo, quiero conocer de qué tipo de cirugía se trata, así como las razones de este aumento. Quinta: informe sobre los motivos para la destitución del responsable médico del Área Clínica de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra, así como los criterios utilizados para el nombramiento del nuevo jefe del Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario de Navarra, aun sabiendo, como sabemos, que se trata de un cargo de confianza. Y en esto insisto porque no doy por contestada la pregunta número seis de la anterior. Usted me ha dicho que tiene el reconocimiento de sus compañeros y que es buen cirujano, eso me consta, pero estamos hablando de un puesto de gestión, no de un puesto de cirugía. Y la sexta, que creo que es la más importante de todas, es ¿cuáles son sus objetivos concretos y expectativas? Porque usted ha dicho que no ha cumplido las expectativas. Eso lo dijo usted en rueda de prensa. Que el anterior director no ha cumplido las expectativas, pero es que no sabemos qué expectativas no ha cumplido, no sabemos cuáles eran, no las sabemos. Ni sabemos cuáles son las expectativas que ahora tienen. Nos gustaría que nos lo dijera con fechas y con demás datos. Que al nuevo director, al nuevo responsable, se le ha dicho que en seis meses, en ocho meses o en un año tiene que cumplir estas expectativas, para que dentro de un año sepamos cuáles son. Porque, a lo mejor, las expectativas que tienen ustedes son las que son, a lo mejor es que vaya pudriéndose la sanidad pública. Eso es lo que el anterior director dijo. Entonces, a mí me gustaría mucho que me aclarara cuáles son las expectativas. Nada más. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Comenzamos ahora con los grupos que no han intervenido. ¿Por UPN, señor Pérez Prados?

SR. PÉREZ PRADOS: Muchas gracias. Quería sumarme al saludo y a la bienvenida a la señora Vera, al señor Sanz, al señor Iribarren y a la señora Burruel, y agradecer las palabras y las explicaciones que la Consejera nos ha trasladado. Concluía la señora Consejera su intervención con unas palabras que ha citado el señor Ramírez, pidiendo respeto y confianza. Respeto y confianza no en la interpretación que hacía el señor Ramírez –que lo llevaba hacia el Gobierno de Navarra y los responsables de salud–, sino hacia las decisiones tomadas por los profesionales médicos y confianza también de los mismos médicos responsables de dirigir y gestionar la sanidad pública, que son, además quienes proponen a los mejores –en su opinión– candidatos para ocupar los diferentes puestos intermedios.

También citaba el señor Leuza ahora en su presentación los distintos aspectos relativos al Hospital San Juan de Dios y el comunicado que hacían sus trabajadores, sumándose a la preocupación de estos al bajar la actividad quirúrgica en este hospital. No sé si el señor Leuza es consciente de que, de cara a los presupuestos de 2012, él votó por el cierre de este hospital –no sé si es consciente– intentando dejar la partida del convenio correspondiente a cero. Dígame si es consciente o no de que intentó usted cerrar el Hospital San Juan de Dios y ahora se preocupa por sus trabajadores. No es consciente. Pues repase las propuesta y enmiendas correspondientes y su votación, para que compruebe que, efectivamente, intentó dejar la partida a cero –aunque no lo consiguió–, es decir, cerrar el Hospital San Juan de Dios. Que lo sepa usted, que lo sepan los ciudadanos, que lo sepan los trabajadores del Hospital San Juan de Dios.

También citaba el señor Ramírez que había, efectivamente, y hay menos medios humanos, pero se mantiene la actividad –y según nos ha presentado, nos ha comentado la señora Consejera— de cuarenta profesionales, más o menos. Con treinta y siete, lo que se ha logrado es mantener la actividad quirúrgica mediante la reducción de unidades funcionales, la reducción de jefaturas y la eliminación de exenciones. O sea, que en realidad, no se pierde un buen albañil para tener un mal jefe de obra, porque ese jefe de obra sigue trabajando también, a partir de ahora de albañil, así que no se perderá. En definitiva, se ha mantenido la actividad –como

decía- y ha disminuido ligeramente -según los datos que nos ha trasladadola lista de espera quirúrgica.

En relación con el cese, solo resaltaré lo que ya viene en la norma vigente, que es que los nombramientos y las destituciones son realizadas libremente por la Consejera de Salud, según el Decreto Foral 62/2012, el artículo 14 y, por tanto, ahí, ante una pérdida de confianza, la decisión y la responsabilidad corresponde a quien legalmente la tiene asignada.

Para finalizar, quería reconocer y agradecer el esfuerzo realizado por el Departamento de Salud, sus responsables, sus técnicos y profesionales en la mejora de la eficiencia y economía de los recursos que gestionan, como se ha demostrado en la intervención de la Consejera. Y quiero acabar diciéndole que esa solicitud de respeto y de confianza que nos hacía para las decisiones tomadas por los profesionales médicos y hacia los médicos responsables de dirigir y gestionar la sanidad pública, por nuestra parte la tienen estos profesionales médicos y también los responsables del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. ¿Por el grupo socialista, señor Caro?

SR. CARO SÁDABA: Gracias, señor Presidente, y gracias también a la Consejera y a su equipo por la información que nos han trasladado. Yo, yendo al motivo de la comparecencia, quiero decir que todo lo ocurrido con el señor Lera en el Complejo Hospitalario al quitársele las responsabilidades que tenía, no tiene sino un significado claro de que quien no comulga con el régimen, o abandona o le retiran las responsabilidades. Es decir, que no son capaces de aceptar ni la más mínima crítica y eso tengo que decir que a este grupo no le gusta como método de trabajo. Yo reconozco que estamos viviendo una etapa muy complicada, muy difícil de gestionar y, por tanto, desde ese reconocimiento de esas dificultades, entiendo que hay algunas cosas de las que ustedes están haciendo que pueden arrojar algunos datos positivos en el sentido de que, tras esa denuncia que hacía el señor Lera de falta de medios y de falta de personal o de profesionales, ustedes se han defendido de la crítica aportando una serie de datos con los que ustedes demuestran –voy a

pensar que es así— que hacen casi lo mismo que se hacía anteriormente incluso con menos personal. Yo no sé el ahorro que habremos conseguido con esa diferencia de personal o no y si con eso vamos a salvar las cifras, el saldo del propio departamento en lo que a presupuestos se refiere o no. De verdad que no lo tengo nada claro.

Lo que sí tengo que decir, señora Consejera, es que las discrepancias de los profesionales con ustedes, con usted principalmente –que por eso es la responsable—, por desgracia, se le están acumulando. Y se le acumulan en este caso cuando hablamos del responsable de Cirugía, de quien era responsable de Cirugía hasta el momento. Ocurrió algo parecido, similar, en el ámbito de Oncología. Ni que mencionar tiene lo que ha ocurrido con la Atención Continuada y Urgente. De nuevo, se les vuelve a acusar –diría yode falta de transparencia –solo hace falta ver las noticias que aparecen hoy en la prensa— y nuevamente ustedes han vuelto a meter la pata en el nombramiento del subdirector médico, en el que han tramitado una orden foral sin tener el consentimiento, por lo visto, de la persona a la que se nombraba como subdirector médico (Murmullos). Todas estas cosas no sé si las tenían o no.

Señora Consejera, le recomiendo que los comentarios los haga en voz baja, porque tanto cuando habla este portavoz como cuando habla el resto de los portavoces, la verdad es que uno escucha lo que usted dice. Y la verdad es que lo que usted dice demuestra que no tiene capacidad de aguante para escuchar lo que los distintos portavoces le tenemos que decir. Yo siento que no le guste lo que le decimos, pero en su responsabilidad también va el escuchar lo que algunos le tenemos que decir.

En fin, insisto, se le están acumulando las discrepancias entre los profesionales, y eso es algo que tiene que corregir de forma urgente. Termino diciendo que el cese del señor Lera, por tanto, no corresponde, como usted ha dicho, a causas organizativas, porque si hubiesen sido solo causas organizativas, entiendo que habiéndosele explicado al señor Lera, probablemente el resultado no habría sido su cese. Lo que ha ocurrido con el señor Lera es que a ustedes no les ha gustado oír lo que el señor Lera les ha

dicho, y por eso le han retirado la confianza. E, insisto, ese no es un modo de trabajar que a este grupo político le satisfaga. Nada más y muchas gracias.

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, Consejera. Agradecemos su presencia, así como la del resto de las personas que habitualmente la acompañan. Sin duda, nos encontramos ante un tema un poco espinoso, sobre todo por las declaraciones a medios de comunicación que hizo en su día el doctor Lera. Y tengo que comenzar diciendo que, desde luego, nuestro grupo no comparte muchas de las afirmaciones que el doctor Lera ha realizado a los medios de comunicación, así como tampoco compartimos las formas. Es decir, que sabiendo el doctor Lera que iba a ser destituido, salga a medios de comunicación a denunciar sus reivindicaciones, sin entrar de momento en la idoneidad o no de estas. Aunque también es cierto que podemos entender la frustración de este señor al ver que los planteamientos que consideraba importantes para la gestión de su servicio no fueran atendidos debidamente. Dicho esto, la verdad es que esta comparecencia podría haber tenido un recorrido muy corto, porque siendo el puesto de jefe del Área Clínica de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra un cargo de libre designación, habría bastado -como así ha hecho- con que usted, señora Consejera, hubiera dicho que la destitución se debía a una pérdida de confianza para gestionar el servicio y ya está, no hay ningún otro problema, gustase más o menos a los portavoces que aquí nos encontramos. Pero lo cierto es que el departamento comenzó a dar una serie de explicaciones saliendo al paso de las declaraciones del doctor Lera y es entonces cuando a nuestro grupo se le han planteado algunas dudas.

Mire, en cuanto a la reposición de las bajas por jubilación, en realidad, entendemos que la unificación de servicios debe conllevar también un redimensionamiento de las plantillas, algunas de las cuales –y lo sé a ciencia cierta– estaban claramente sobredimensionadas. Desde luego, nosotros no vamos a decir si una disminución del 28 por ciento es mucho o es poco, pero

sí que, a la hora de planificar o replantear la dimensión de una plantilla, hay que tener en cuenta varios factores. Fundamentalmente, que sirva para atender correctamente la atención de la demanda, y también hay que tener en cuenta la disminución o la desaparición de la actividad extraordinaria que se estaba realizando con anterioridad, lo que implicaría un incremento de la actividad ordinaria para mantener la atención a la demanda y lo cual, a su vez. se realizaría con un incremento de la eficiencia, pero además, un incremento de jornada o de personal. Afirmaciones como las que hizo el gerente del Complejo Hospitalario de Navarra sobre que la actividad no está relacionada número de profesionales, que además con han trabajado extraordinariamente bien, en realidad no merecen más comentarios, porque, desde nuestro punto de vista, la verdad es que la actividad no depende solo del número de profesionales, pero también.

Dice su departamento que la actividad quirúrgica se mantiene pese a la reducción de personal de la vía quirúrgica, en su mayor parte debida a las jubilaciones. Los datos que nos ha dado -y no disponíamos de los de 2012-, de cualquier manera, así lo confirman. Habla de 6.999 intervenciones en 2011 -queremos preguntarle si aquí se incluyen también las intervenciones realizadas en jornadas extraordinarias, qué parte en 2011 se hacía en jornadas extraordinarias-, y realmente, en 2012, con solo jornadas ordinarias se han realizado 6.727. A pesar de este mantenimiento de la actividad, lo cierto es que las listas de espera -sobre todo las de consultas- están creciendo de una manera considerable. Y hay un dato que nos llama la atención, a ver si usted nos lo podría aclarar: es que el incremento de personas en lista de espera quirúrgica y Cirugía General de diciembre a enero es de 715 personas. Tengo por aquí los datos, el incremento es de 715 personas. Algún medio de comunicación lo atribuye al descenso de intervenciones quirúrgicas en San Juan de Dios, pero siendo los pacientes que se operan en San Juan de Dios pacientes del sistema público, desde luego, no creemos que sea debido a esto, porque estos pacientes tendrían que estar incluidos en meses anteriores.

En definitiva, los puestos de libre asignación son eso, de libre designación, son puestos de confianza, y cuando no se confía en la persona

que tiene que gestionar o llevar a cabo cualquier actuación, entonces se le destituye. En todo caso, habría que preguntarle a usted, señora Consejera, o al gerente, por qué se perdió la confianza en una persona que, según ustedes, por un lado mantenía la misma actividad quirúrgica con menos personal por las jubilaciones –a no ser que la organización se llevara a cabo por encima de los criterios del señor Lera, en cuyo caso, a lo mejor, el cese ha sido tardío-, por qué se perdió la confianza cuando este señor mantenía en su equipo la calidad asistencial de los trabajadores profesionales que tenía a su cargo, y por qué este señor mantenía vinculados a sus jefes de unidad -como así lo manifestaron en una carta- en torno a un proyecto, quejándose estos jefes de unidad de que desconocían el resultado de la gestión y de que no fueron informados de que la gestión no fue en la línea de la gerencia. Por lo tanto, lo que ha circulado -y usted ya lo sabe- es que este cese ha podido deberse realmente a una pérdida de confianza o a que esta persona molestaba con sus reivindicaciones para mantener una correcta gestión del área y una correcta calidad de atención a sus pacientes. En cualquier caso, nosotros no vamos a criticar el cese de un puesto de confianza, ya que es un puesto de confianza, y lo que sí haremos será controlar las actuaciones que lleve el departamento y los resultados del departamento.

Por último, y para finalizar, quiero comentar lo que ha salido hoy en los medios de comunicación sobre una carta que, al parecer, le van a mandar algunos jefes de servicio, algunos jefes del complejo, en la que piden prudencia, transparencia, información. Yo creo que dentro de los centros sanitarios hay órganos a través de los cuales los jefes de servicio tienen que estar informados de manera puntual y transmitir sus decisiones y sus iniciativas. Estos órganos son las comisiones de distintas especialidades y las juntas facultativas. Entonces, la pregunta es, o no se convocan estas comisiones y estas juntas facultativas, o en estas juntas facultativas no se informa de lo que hay que informar, o si se informa a estos señores que van a mandar la carta, no se enteran de la misa, la mitad. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Señora Consejera, para contestar y replicar.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Iré poco a poco, a ver si respondo a todas sus peticiones. En primer lugar, señor Ramírez, habla solo de recorte, y yo le tengo que decir que recorte no es implantar el nuevo Plan de Detección de Cáncer Colorrectal en toda Navarra, que recorte no es reformar el Área de Pediatría del Hospital de Día de Oncología, que recorte no es acometer las obras del Centro de Salud San Francisco Javier por valor de trece millones, que recorte no es ampliar el Área de Salud Mental del Hospital de Tudela. Y me habla de resultados, pues de resultados le tengo que recodar -cuando usted y algún otro grupo hablan una y otra vez de la situación de caos en la que se encuentra la sanidad navarra- que la sanidad navarra es la mejor sanidad pública considerada a una distancia de veinte puntos de la siguiente comunidad autónoma, según la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. No lo dice esta Consejera ni este equipo ni este Gobierno, sino que lo dice -como digo- la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Yo entiendo que ustedes, en su labor de oposición, tienen que hacer ver que la situación es caótica, pero también hay terceros que juzgan cuál es la situación y nos colocan, como digo, en ese primer lugar. Y nos colocan en ese primer lugar por los resultados de nuestra sanidad, por la excelente labor que realizan nuestros profesionales y también algo tendrá que ver cómo están organizados los recursos, no solamente por el número de profesionales y su calidad de trabajo, sino también por cómo están organizados. Yo creo que en más de una ocasión -y le voy a poner algún ejemplo- hemos demostrado que con menos recursos se puede hacer la misma actividad. Ojalá tuviéramos los mismo recursos que teníamos en 2011, pero la situación de crisis es la que es. Pero también con menos recursos mejor gestionados se puede tratar de hacer la misma actividad, y así lo hemos mostrado y así he tratado de exponérselo hoy, aunque no sé si no me han escuchado o no sé, porque yo así se lo he expuesto, y se lo he expuesto con los datos actuales. También hemos demostrado que con diez minutos más de jornada al día podemos mejorar el nivel asistencial y hacer más asistencia. Esto es gestión, esto y más cosas, pero esto es gestión.

Respecto a lo que podemos asumir y no podemos asumir, al Plan de Conciertos, les tengo que decir que la derivación de pacientes a la sanidad privada se ha hecho en cumplimiento de la ley foral de garantías y, como dijimos, nos comprometíamos a derivar a aquellos pacientes que ya estuvieran fuera de la ley foral de garantías, y eso es así. La información a la que ustedes hacen referencia o esos casos a los que ustedes hacen referencia que se han publicado, es, como digo, de personas que estaban en esa situación. Derivaciones las ha habido y las hay, y así lo hemos explicado en el Plan de Conciertos que ustedes dicen que no, pero así lo hemos explicado. Hemos explicado los motivos por los cuales se iba a derivar y, además, tengo que recordar que esas derivaciones se han reducido muchísimo. Pero, claro, si nos hacemos eco de cada derivación que se publica en los medios de comunicación y quieren hacer ver con eso que las derivaciones están aumentando, creo que están haciendo un ejercicio que, desde luego, no me parece correcto. Las derivaciones a los centros privados se producen -y lo hemos explicado aquí- por intervenciones de gran complejidad, por rebosamiento de lista de espera, por cumplimiento de ley de garantías. Por tanto, como digo, que aparezca en la prensa un dato sobre una derivación no significa que estemos derivando más. Los datos globales como les he explicado-, tanto en previsión como en resultado, son que se está derivando menos, y forma parte de la planificación que, como digo, les he explicado aquí en más de dos ocasiones. Pero, claro, todas esas cuestiones responden a decisiones del día a día de la gestión sanitaria.

Respecto a la carta –que no me ha llegado– de la que también se hace eco hoy la prensa y a cómo se proveen las jefaturas en el Servicio Navarro de Salud: esas plazas se proveen y lo hacemos de acuerdo a una normativa que en estos momentos está vigente y de la que no sé si ustedes están al tanto. El Decreto Foral 347/1993 de 22 de noviembre regula el ingreso y la provisión de los puestos de trabajo en el Servicio Navarro de Salud. Este decreto desarrolla la Ley Foral 11/92, que regula el régimen específico del personal del Servicio Navarro de Salud. Según esta normativa, los puestos de jefatura de servicio y de secciones médicas deben ser provistos mediante concurso-oposición libre. En tanto en cuanto se convocan esos concursos, procede un

nombramiento interino, que es lo que se ha hecho y lo que se está haciendo en todos los casos. Y ¿por qué? Pues porque, para convocar esos concursos, es necesario que esas jefaturas figuren en una OPE, y en estos momentos no se ha aprobado ninguna OPE desde el año 2009. Por lo tanto, en la próxima OPE se incluirán las jefaturas y en ese momento podrán realizarse los nombramientos interinos por concurso-oposición. Por lo tanto, no es un capricho, ni falta de transparencia ni no sé qué otras cosas puedan ustedes comentar, sino que es hacer las cosas con arreglo a la normativa que tenemos. O se convoca esa OPE o se cambia la ley foral, pero si no, se deben hacer las cosas con arreglo a esa normativa.

Respecto al nombramiento del señor Arellano, al señor Leuza le tengo que decir que, habitualmente, no son muchos los facultativos que tienen experiencia en gestión o gran experiencia en gestión. Cuando menos, sorprende que la propuesta sea hacerlo por concurso-oposición, porque, como le digo, en este caso hay que cubrir las jefaturas de forma inmediata y el proceso de un concurso-oposición... Bueno, pues otros de sus compañeros o señorías sí que lo han dicho. Por otro lado, el señor Arellano, aunque no tiene una gran experiencia en gestión, tiene experiencia como jefe de unidad, la tiene, y además los resultados que ha obtenido mientras ha sido jefe de unidad -no solo desde el punto de vista de actividad, sino también en la dinámica de trabajo con las personas que formaban parte de esa unidad, con las dificultades que tuvieran esas personas- y también en la gestión de la actividad en lista de espera ha sido muy buena, y esa es una de las razones, a parte de las otras que le he comentado, que hacen que haya sido una persona de la confianza, en este caso, del gerente del Complejo Hospitalario de Navarra, y así lo ha propuesto al gerente del Servicio Navarro de Salud. Por lo tanto, minusvalorar su labor, su experiencia en gestión, la tiene limitada a una unidad, pero, como le digo, no hay muchos profesionales que tengan una experiencia en gestión muy amplia, como es lógico.

Por otro lado, también hablaban ustedes de falta de comunicación. Bueno, pues no sé. Les debo decir que, en el último año, el señor Lera se reunió en más de dieciocho ocasiones con la Dirección Médica, que es la interlocución para una Dirección de Área Asistencial o para una Dirección de

Servicio. La interlocución habitual debe ser la Dirección Médica, y yo entiendo que, con dieciocho ocasiones en doce meses, como poco, hablar de falta de comunicación es, quizás, faltar a la verdad de lo que está ocurriendo.

Por otro lado, hablaban de las juntas o del diálogo, de si estaban creadas, de si se estaban convocando las Juntas Tecnicoasistenciales que mencionaba el señor Martín. La junta está en proceso de convocatoria en el Complejo Hospitalario en estos momentos y las reuniones con los jefes de servicio son periódicas. En concreto, varios de los que firman esa carta –que, como digo, yo no la he recibido todavía, formalmente no la he recibido-, según la información que me han transmitido -porque ha pasado por los jefes de servicio-, muchos de los firmantes están participando en los procesos de unificación, y los procesos de unificación están llevando a que se produzcan muchísimas reuniones para buscar consenso sobre cómo organizar los servicios médicos unificados, incluso también para hacer propuestas sobre las personas que los facultativos consideran adecuadas para las jefaturas de los servicios o las jefaturas dentro de esos servicios unificados. Por lo tanto, de nuevo nos encontramos en una situación en la que unos dicen que no hablamos y otros están acudiendo a esas reuniones. Si acuden a esas reuniones y hablan y transmiten sus opiniones en esas reuniones que se están produciendo, pues no lo sé. Además, también hay sesiones periódicas y muy frecuentes que convoca el gerente del Servicio Navarro de Salud en las que se informa de los problemas y de los proyectos más relevantes, aparte de las del ámbito del propio Complejo Hospitalario de Navarra.

Respecto a los motivos del cese en concreto, y aunque no todos los grupos han entrado, pero sí algunos de ustedes. Señor Leuza, por su experiencia, supongo que sabe que cuando se produce un cese siempre hay dos versiones. Hay dos versiones, y al hacerse eco de las manifestaciones del señor Lera, parece que se queda principalmente con una. Yo no voy a entrar hoy en el detalle de cuáles son los motivos, a diferencia de lo que él sí ha hecho, y ha hecho públicamente. No voy a decir ni una sola palabra negativa sobre este señor –al que le agradezco, además, el trabajo y la dedicación durante este tiempo—, pero le recomiendo a usted y a todos ustedes que, para cualquier otra cuestión personal como esta, es mejor

quedarse con las dos versiones, porque puede que entonces nos encontremos en los tonos de grises. Las cosas no son ni blancas ni negras. Desde luego, cuando dijimos cuáles eran los motivos de su cese y hablamos de causas organizativas y del proceso de unificación o del proceso de transformación del Área de Cirugía y de que había una falta de confianza, hablamos de velocidades en los cambios, en los procesos, de muchas cosas que están en el día a día y que están en cuestiones profesionales. Como digo, no voy a entrar en más detalle porque creo que no voy a entrar en lo que, sin embargo, él sí hizo públicamente.

¿Cuáles son las expectativas del área, que usted preguntaba? Las expectativas son las que les he relatado. Desde luego, en cuanto a actividad asistencial, las que les he relatado. Luego, si cumpliremos las expectativas, lo dirá el tiempo en función de los datos que sí le he dado de cuáles son las expectativas que tenemos de actividad para el periodo de un año. En cualquier caso, y como he dicho al principio de mi primera intervención, el responsable del área debe elaborar un plan de actividad a cuatro años que deber ser presentado y aprobado en ese Comité de Dirección del área y entonces, en ese plan es en el que está trabajando y, en breves fechas, entiendo que será convocado por su parte como presidente de ese comité y en él se presentará. Como en ese comité está, como he comentado, la Dirección Médica del Complejo Hospitalario —que, como digo, es la interlocución del director de un área clínica— y también la Dirección de Enfermería, ahí será aprobado, y lo que haremos será seguir ese plan como en cualquier otro servicio, y así es como se funciona.

Respecto a la aceptación de la crítica o no. Señor Caro, a mí me parece un exceso la afirmación de que se destituye a alguien por no ser afín al régimen. Creo que, precisamente, si se conoce a la persona, no es el caso. Tiene más que ver –vuelvo a decir– con causas organizativas y de trabajo en el ámbito del Complejo Hospitalario de Navarra. El director del complejo lo explicó muy bien: no se estaba cumpliendo con unas expectativas de trabajo planteadas para el área que le habían sido transmitidas y era necesaria una reorganización para que sí podamos avanzar en la unificación de determinados aspectos como puede ser la Unidad de Mama, la Unidad

Colorrectal u otros aspectos en los que no se había avanzado a la velocidad y en la manera que el gerente del complejo consideraba oportunas. Y ese es el motivo. Ni régimen ni no régimen, ni crítica ni no crítica. Ese y nada más. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias, señora Consejera. Si les parece, antes...

SR. LONGÁS GARCÍA: Perdone, señor Presidente, es que yo me tengo que marchar, entonces me gustaría muchísimo que me pasara los datos que nos ha pasado antes. Se lo agradecería. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Bien. Decía que antes de abordar el segundo punto del orden del día hacemos un receso de cinco minutos.

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 30 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 11 horas y 45 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar y valorar los últimos datos relativos a accidentes de trabajo con baja en jornada laboral.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Reanudamos la sesión con el segundo punto del orden del día. Comparecencia de la Consejera de Salud para explicar y valorar los últimos datos relativos a accidentes de trabajo con baja en jornada laboral, que ha sido solicitada por los dos grupos Bildu y Aralar/Na-Bai. Señora Ruiz Jaso, ¿hace la introducción?

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias a todos y a todas. Mi bienvenida también a la Consejera y a las personas de su equipo que la acompañan. El objeto de esta comparecencia es claro: conocer cuál es la valoración del Departamento de Salud respecto a los datos conocidos recientemente. Son datos aún –por lo menos los que yo tengo-provisionales, relativos a los índices de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo, y lo cierto es que nos gustaría saber qué valoración hace, qué lectura hace de estos datos el Departamento de Salud si tenemos en cuenta, sobre todo, el significativo descenso de ese índice de accidentes de

trabajo –significativo y diría que incluso llamativo– solo si tenemos en cuenta el intervalo de 2011 a 2012, pero más todavía si tenemos en cuenta el intervalo desde 2008, que curiosamente, o no tan curiosamente, coincide con el inicio de la crisis. Son datos muy concretos en la comparativa. Por ejemplo, de enero-septiembre 2011 a enero-septiembre 2012 vemos que pasamos de un índice por 1.000 trabajadores de 28,2 a 21,8, que supone casi un 24 por ciento menos en todos los sectores económicos en general. Además, si ya nos remitimos a 2008, vemos –según los últimos datos de los que dispongo y diciendo también que son datos provisionales– en septiembre de 2008 un índice del 42,6 que baja en 2012 –en el mismo periodo, en esos cuatro años, cinco años– al 23,5, una bajada, un descenso de 19 puntos que supone el 45 por ciento de descenso. Nos parece, sinceramente, llamativo. Por tanto, nos gustaría conocer cuál es la valoración que realiza el departamento. Muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, Presidente. Buenos días de nuevo, señorías. Entiendo que al decir "los últimos datos de accidentes de trabajo", –que era lo que decía el texto de la comparecencia— se estaban refiriendo a las referencias relativas al último periodo completo que tenemos, que corresponde al año 2012 —datos posteriores no tenemos— en concreto, los datos provisionales de accidentes de trabajos registrados de enero a diciembre en Navarra.

En el cuadro se incluyen todos los datos que durante el año se han ido presentando en cuatro informes trimestrales para facilitar el seguimiento ágil y continuo de un problema que nos afecta y nos preocupa a todos. Quiero aclarar en este sentido que quizá puedan observarse ligeras desviaciones respecto a los datos trimestrales publicados, debido a las actualizaciones posteriores del registro hasta el cierre definitivo que se realiza anualmente a 31 de marzo del año siguiente. La visión de un período anual nos permite observar las variaciones temporales características de las distintas actividades económicas; y los resúmenes en períodos más largos —de 1994 a

2011– permiten visualizar la evolución del problema en una perspectiva más global. Y quiero aclararles también que los datos se presentan tanto en números absolutos como en índices de incidencia que, al hacer referencia a la población riesgo, son los auténticos indicadores del problema de salud.

Como ven, durante el año 2012 ha descendido el número total de accidentes de trabajo con baja producidos durante la jornada laboral, que ha sido de 6.048, un 24,2 por ciento inferior al del período anterior. El descenso se ha producido en todos los sectores de actividad económica —como decía la señora Ruiz— y, según su gravedad, podemos observar que los leves bajan con claridad en todos los sectores, los graves bajan sobre todo en el sector de construcción —mientras que en el resto se mantienen prácticamente igual que en 2011— y los mortales bajan sensiblemente —aunque, desde luego, nunca lo suficiente—, pasando de 9 mortales en 2011 a 6 en 2012.

Analizados los datos por sector económico y por gravedad, se observa que en sector agrario disminuye el número de accidentes de trabajo totales en un 0,7 por ciento por el descenso de los leves —en un 1 por ciento—, aunque a la vez se produce un ligero aumento de los graves, que pasan de 3 a 4 en el año 2012. Al igual que en 2011, no ha habido en 2012 ningún accidente mortal. La población trabajadora con la contingencia por accidente de trabajo cubierta ha aumentado en un 0,6 por ciento.

En el sector industrial disminuye el número de accidentes de trabajo totales en un 23,7 por ciento por el importante descenso de los leves –que es de un 23,9– mientras que los graves se mantienen igual. Hay que lamentar 2 accidentes mortales frente a 0 en el año anterior. La población trabajadora con la contingencia por accidente de trabajo cubierta ha disminuido en un 5,9 por ciento.

Construcción: disminuye el número de accidentes de trabajo totales en un 42,6 por ciento por el descenso de los leves, que ha sido de un 42,3; de los graves, de un 56; y de los mortales, de un 50 por ciento. En este último punto en concreto, han pasado de 6 a 3. La población trabajadora con la contingencia por accidente de trabajo cubierta ha descendido un 19,9 por ciento.

En servicios también ha disminuido el número de accidentes de trabajo totales en un 19,6 por ciento, los accidentes de trabajo leves en un 19,7, los graves, en un 17,9 y los mortales, en un 33,3 por ciento. La población trabajadora con la contingencia por accidente de trabajo cubierta ha aumentado en un 0,5 por ciento.

Ahondando más en las raíces de los accidentes mortales, entre las causas identificadas en los partes de declaración de los 8 accidentes mortales totales –incluyendo los *in itinere*– recogidos en 2012, 1 corresponde a infartos y patologías no traumáticas, 2 corresponden a tráfico durante la jornada laboral y 5 eran de naturaleza traumática. En el año anterior, los casos mortales fueron 10, de los que 1 era de tráfico durante la jornada laboral y, de los otros, 9, 3 correspondían a infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas, mientras que 6 eran de naturaleza traumática.

Como saben, el índice de incidencia es el resultado de dividir el número de accidentes por el número de trabajadores por cada 1.000 habitantes. Pues bien, también el índice de incidencia para accidentes totales de Navarra en 2012 ha disminuido en un 21,9 por ciento respecto a 2011: 36 frente a 28,1. Destaca el importante descenso del índice de incidencia de los mortales en un 31,2, de los graves en un 15,5, y de los leves en un 21,9. Y observamos la disminución de los índices respectivos en todos los sectores destacando el descenso del índice de construcción en un 28,4, de servicios en un 20,1 e industria en un 18,9, y, en menor medida, de agricultura en 1,5.

Si los analizamos según su gravedad, observamos que en el sector agrario el índice de incidencia total es de 27, frente a 27,4 de 2011, un descenso debido, sobre todo, al del índice de los leves, aunque los valores son similares a los del ejercicio anterior.

En el sector industrial, el índice de incidencia total desciende de un 52,7 en 2011 a un 42,7 en 2012, debido al descenso del índice de los leves en un 21,7 por ciento, aunque aumenta ligeramente su valor con los graves en un 2,4 y un 0,9 en los mortales.

En construcción, el índice de incidencia total disminuye respecto al período anterior considerado en un 28,4 por ciento, con descenso en los leves de 40,6, graves, 53,6 y mortales, 48,4.

En servicios también el índice de incidencia total disminuye respecto al período anterior considerado, pasando de un 23,8 en 2011 a un 19,0 en 2012, con un descenso en los leves de 15,3 por ciento, un incremento en los graves de 11,1 y una disminución en los mortales de un 30,4.

Al observar los índices de incidencia a lo largo del período de los últimos 5 años, encontramos que, aunque con oscilaciones leves, este indicador sigue una clara tendencia descendente en todos los sectores. Y también en los accidentes *in itinere* se mantiene el importante descenso observado desde el 2006.

Con respecto a los accidentes de trabajo, observando la serie histórica de los últimos años –entre 2007 y 2012–, se ve un aumento de la proporción de estos accidentes hasta alcanzar, en 2012, el 9,4 del total de accidentes con baja, considerados conjuntamente los del lugar del trabajo e *in itinere*. Sin embargo, en el pasado año, en número absoluto, ha seguido la tendencia descendente de los años previos, con un valor este año de 622. Tienen los gráficos ahí de los índices de tendencia de los últimos años.

Por último, si vemos la evolución de los accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo en Navarra entre los años 1994 y 2012, observamos que los índices de incidencia a lo largo del período, aunque con oscilaciones leves, sigue una clara tendencia descendente para todos los grados de lesión.

Con respecto a la evolución de los accidentes de trabajo con baja *in itinere* en el mismo periodo –entre 1994 y 2012–, vemos que este último año se han alcanzado valores mínimos en la serie histórica para graves, aunque los mortales han aumentado, pasando de 1 a 2 con respecto al período previo. Se mantiene el importante descenso de los accidentes *in itinere* observado en 2006, que se produce coincidiendo con la entrada en vigor del sistema de permiso de conducción por puntos el 1 de julio de 2006.

Como conclusión, la siniestralidad laboral se ha reducido en un porcentaje muy elevado y de una manera sostenida durante los últimos años, y en esto, indudablemente, influye la situación económica del país y de nuestra Comunidad, aunque también hay que decir que no se ha reflejado todavía en ningún sitio una estimación real del impacto. Por lo tanto, no podemos discernir en esta curva qué parte explica la bajada en la actividad económica y cuál la implementación de las medidas que han sido puestas en marcha en los últimos años.

En cualquier caso, merece la pena destacar que esta tendencia a la disminución de los accidentes se venía produciendo desde antes de la aparición de la actual crisis económica, tal y como se puede apreciar en las gráficas de evolución de dicho fenómeno, que se pueden ver en los boletines de siniestralidad publicados desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

Hay que destacar también la conclusión a la que se llega en la Evaluación de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012, en la que se indica que, una vez estimada la influencia de los parámetros socioeconómicos tales como el PIB, la disminución de la población afiliada y horas trabajadas, y hechos los ajustes oportunos en los datos de siniestralidad, se puede concluir que, al margen de la coyuntura socioeconómica del país, las medidas llevadas a cabo en el marco de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo han contribuido significativamente en la consecución de este objetivo. Muchas gracias.

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

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señor Presidente. Son de agradecer los datos que nos ha dado, pero yo esperaba un poco más extensa la valoración, que era el objeto de la comparecencia. Los datos están colgados en el Instituto Navarro de Salud Laboral, también en la página del ministerio. Por tanto, los agradezco, aunque de aquí poco se puede apreciar, por otra parte. Vuelvo a repetir que me parece una valoración un poco superficial teniendo en cuenta –como usted comentaba– que el descenso es

muy llamativo. Estamos hablando incluso del 40 por ciento, del 43 por ciento de descenso, y más allá de que se pueden haber tomado medidas, evidentemente, hay también un descenso de accidentes mortales -lo cual siempre es positivo, que haya menos accidentes, es obvio, y más si son mortales-, pero es llamativo, por una parte, que sean precisamente los accidentes leves los que más havan descendido incluso en la construcción como usted apuntaba-, hasta un 43 por ciento. ¿Hay menos accidentes por población trabajadora o es que se está contabilizando de otra manera? A mí, es la duda que me queda, sinceramente. Porque, claro, cuando no se está invirtiendo, cuando más se está recortando en prevención de riesgos laborales tanto a nivel de administraciones como de empresa privada, cuando más se está recortando en esos ámbitos, cuando menos información se está dando en todo el tema de prevención. Usted hablaba ahora de refilón -que era precisamente la valoración que más nos interesaba-, de que influye la situación económica. ¿A qué se refiere? Sí que me gustaría que se explayara un poquito más en estos datos. Este descenso, ¿a qué lo podemos atribuir? ¿A la situación económica? Hablaba también usted ahora del marco de la estrategia nacional en prevención de riesgos laborales. Pero, sinceramente, es cuando menos se está invirtiendo en eso. Entonces, ese descenso ¿a qué es debido?

Luego trataremos con más amplitud en el siguiente punto las bajas laborales y las mutuas, también, pero yo sí apuntaría una serie de cosas. No olvidemos que las mutuas son entidades, fundacionalmente, sin ánimo de lucro. En el Estado español quedan casi como reducto, como entidades privadas, de gestión privada, gestionadas por empresarios aun a costa del dinero público. Pero no olvidemos que son entidades cuya actividad profesional está condicionada por los intereses económicos de los empresarios para los que trabajan. Y no es nuevo que se declaren menos accidentes laborales, menos enfermedades profesionales de las que realmente se dan. Esa infradeclaración no es nueva. Pero, casualmente, o llamativamente, sí que ese descenso es mucho más significativo y mucho más llamativo desde 2008, desde el principio de la crisis. Por ejemplo, los datos de los que hablaba usted en la construcción de los accidentes leves,

que son los que más descienden en todos los sectores, pero resulta llamativo en la construcción. En fin, es cuestión de sentido común. Cada vez se declaran menos accidentes laborales, cada vez se declaran menos bajas por enfermedad laboral, cada vez la gente tiene más miedo a perder su puesto de trabajo. O sea, las mutuas, ahí, ¿qué papel desempeñan? Yo creo que es importante hacerse esa reflexión. Desde fuera nos la hacemos. El Departamento de Salud no sé qué tipo de control, qué tipo de seguimiento, qué tipo de valoración hace de la labor que realizan las mutuas, pero, como digo, no es nueva esa sospecha de que se declaran bastantes menos de los accidentes y de las enfermedades laborales que hay. Eso no es nuevo, pero en estos momentos, es lógico pensar que se está acentuando a la vista de los datos, que son muy llamativos. Y eso lo hemos conocido durante años, pero yo creo que ahora es cuando más se está acentuando. Achacar a problemas de salud crónicos cualquier problema que pueda ser o que se pueda intuir de origen laboral, el no reconocer como enfermedad profesional muchas enfermedades en muchos sectores, ¿no? Y las mutuas quieren también hacerse responsables del menor número posible de trabajadores accidentados. Y todos conocemos casos de altas prematuras, de trabajadores que todavía no se han recuperado, y más en estos momentos. Altas prematuras cuyas consecuencias se ven a medio y largo plazo.

Por tanto, entendemos que en ese descenso tan llamativo por lo menos cabe sospechar, cabe preguntarse, si hay realmente una infradeclaración en ese registro de incidencias por parte de las mutuas también, que podría constituir, si es así, un verdadero fraude. Y eso es lo que nos preguntamos, eso es lo que le preguntamos al Departamento de Salud, si baraja esa posibilidad o si tiene algún tipo de dato, alguna sospecha o algún tipo de control, de seguimiento para indagar en ese aspecto. Porque, claro, luego vemos los datos, vemos las declaraciones públicas, y son las mutuas las que se jactan de conseguir un gran ahorro en jornadas de trabajo, un gran ahorro económico. No olvidemos que las mutuas están al servicio del empresario, y que las mutuas están al servicio de la patronal y que, sistemáticamente, por medio de las leyes –diría yo que casi en los últimos veinte años– han tenido cada vez más atribuciones. Una tendencia yo creo que muy clara y muy

evidente de la privatización de la salud de los trabajadores. Luego, en el próximo punto vamos a tener más ocasión de tratar esto con más profundidad. Pero, bueno, yo, en ese sentido sí que, al menos, expongo mis dudas y le pregunto si el departamento hace una valoración –para mí, desde luego– muy superficial ante unos datos muy llamativos.

Y le preguntaría, para acabar, a la vista de estos datos, ¿qué medidas de prevención, de qué recursos se dota para la prevención de los accidentes laborales? Y también, en la línea que ya le he apuntado antes, ¿qué medidas de control y supervisión se adoptan desde la Administración con respecto a las mutuas? ¿Cómo se verifican las incidencias que registran las mutuas enfermedades respecto accidentes laborales У laborales? ¿La Administración contrasta de alguna otra manera la información, los datos que dan las mutuas? Y ahí lo dejo, porque si son las mutuas las únicas que tienen en su mano los datos, el registro, las incidencias... ¿La catalogación como accidente profesional, como enfermedad profesional, es exclusivamente competencia de las mutuas o la Administración hace algún tipo de control y seguimiento? Y luego, en el siguiente punto ahondaremos más, porque el real decreto -al menos el borrador que está en marcha- ahonda aún más en la tendencia que estoy apuntando ahora. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Fernández de Garaialde, su turno.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Gracias, señor Presidente. Buenas tardes de nuevo. Gracias, señora Consejera, por la información. La verdad es que voy a ser muy breve porque voy en la misma línea que la señora Ruiz. Es cierto –y no lo voy a dudar– que se ha trabajado en prevención de riesgos laborales y me imagino que, en su medida, habrá influido en la disminución de estos accidentes. Pero también es cierto – además es una reflexión que ya se ha hecho, pero que yo también la quiero hacer– que existen dudas más que razonables de que existe fraude en el registro de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, incluso infradeclaraciones; que existen incluso despidos a personas enfermas, que existen altas prematuras, con las secuelas, además, evitables que eso

supone. Entonces, frente a todo esto, sí que es cierto que, por parte del departamento, deberíamos saber qué medidas se toman, cómo se controlan estos posibles fraudes. Sin extenderme más, queremos saber qué medidas se van a tomar y le pedimos al departamento que controle estos posibles fraudes, porque, desde luego, ante todo está la salud de las personas. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. ¿Señor Pérez Prados, por UPN?

SR. PÉREZ PRADOS: Muchas gracias, y gracias también por los datos presentados, de los cuales se derivan -yo también voy a ser muy breve en la intervención- dos aspectos que me gustaría resaltar. El primero de ellos es la tendencia que van teniendo los datos a la disminución de accidentes laborales. Tendencia que se viene produciendo no desde 2008 -desde el inicio de esta crisis económico-financiera-, sino, como se observa en los gráficos presentados, desde 2006, que es anterior a la aparición de esta crisis. Pero, en realidad, si observamos con detenimiento, es desde el año 2000. Yo no sé si desde entonces se tienen esas sospechas de fraude o si es algo reciente, pero tendría que ser más o menos desde ese año 2000, porque desde el año 2000 la tendencia va marcando a la baja todos los accidentes laborales presentados. A esto se suma este análisis, que se hace una vez estimada la influencia de esos parámetros socioeconómicos, como es el producto interior bruto, la disminución de la población afiliada a la Seguridad Social, menos horas trabajadas, etcétera, y, una vez realizados los ajustes adecuados en siniestralidad laboral, se llega a la conclusión a partir de los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de que, al margen de esta coyuntura socioeconómica actual, las medidas llevadas a cabo dentro de esa Estrategia Seguridad y Salud en el Trabajo han contribuido Española de significativamente al logro de ese objetivo de disminución de los accidentes laborales. Por tanto, hay que resaltar que se están produciendo desde el año 2000, ayudados también por estas estrategias que se han llevado a cabo a nivel nacional. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias, ¿señor Caro? ¿No va a intervenir? ¿Señor Martín, por el grupo popular?

SR. MARTÍN DE MARCOS: Sí, muchas gracias. Agradezco la información, yo también voy a ser muy breve. La verdad es que algunos portavoces han mezclado aquí el tema de accidentes y enfermedad profesional, pero no estamos hablando de lo mismo cuando hay un accidente que cuando hay una enfermedad, y el tema que nos ocupa hoy son los accidentes. Indudablemente, en salud laboral el objetivo primordial del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra tiene que ser la reducción de la siniestralidad laboral y, desde luego, también la integración de la prevención de riesgos laborales dentro de la empresa a corto plazo, como dijo su directora. Yo recabé -porque no encontré las cifras del Instituto de Salud Pública de Navarra- las cifras publicadas en el ministerio, que son cifras todavía provisionales de 2011 y 2012, y, sin duda, lo que he de destacar es una disminución de la siniestralidad en cuanto a accidentes laborales. En 2011 hubo una disminución en Navarra del total de accidentes del 6,4, y en 2012 -con relación a 2011-, los leves -según las estadísticas del ministeriotuvieron casi un 24 por ciento de reducción, los graves, un 18 y los mortales, un 33. En total, casi un 24 por ciento de reducción con una variación de la población afiliada de -1,5 por ciento. Con estas cifras y con esos datos, que por supuesto son definitivos, Navarra se sitúa indudablemente a la cabeza de las comunidades autónomas donde más ha descendido el número total de accidentes. En cuanto al índice de incidencia, lo mismo. En 2012, según datos publicados en el ministerio, hay una disminución del índice de incidencia en 2012 del 22,7 por ciento, siendo también la Comunidad Foral de Navarra la que tiene un descenso mayor.

Hablar de infradeclaración, de fraudes, es hablar, pero habrá que demostrar que eso es así. En definitiva, también el índice de incidencia desciende en todos los sectores y en Navarra se mantienen todos los sectores por debajo de la media nacional, excepto en el agrario, que está más o menos a la par de esta. Por lo tanto, hay que decir que los resultados en estrategias de prevención de riesgos laborales y de prevención de accidentes está dando unos resultados muy positivos y, sin más, los animamos a seguir trabajando en el ámbito de la salud laboral y de la prevención de riesgos

laborales para que en el futuro tengamos el objetivo cero, por lo menos en accidentes graves y mortales. Nada más y muchas gracias.

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

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Buenos días de nuevo. Gracias, señor Presidente y gracias, señora Vera por sus explicaciones. Esta vez no le voy a pedir la información porque está a nuestra disposición en la página web del Departamento de Salud. Desde luego, es evidente que los accidentes laborales han disminuido, pero no solo entre 2011 y 2012, sino —como bien ha dicho el portavoz de Unión del Pueblo Navarro— desde 2007. Por lo tanto, creo que es una cuestión que hay que tener en cuenta. Y hay que tener en cuenta también que, seguramente, habrá habido muchos factores que hayan influido, entre otros, en las acciones de salud laboral que se han realizado en nuestra Comunidad. En todo caso, yo sí que le voy a decir que nosotros lamentamos que, estando en abril, tangamos que estar hablando de 2011 y de 2012 con datos provisionales, sobre todo cuando la notificación de los accidentes ocurridos es telemática y es inmediata.

Por otro lado, nosotros creemos que —como le ha dicho también la portavoz de Bildu, la señora Ruiz— ha hecho una presentación de los datos, pero ha hablado muy poquito en torno a la valoración de estos. Nosotros creemos, desde Izquierda-Ezkerra, que hay que tener en cuenta varios aspectos para la valoración de los datos, como lo relativo a la variación del PIB en nuestro territorio, que está demostrado que tiene que ver mucho con las estadísticas en relación con los accidentes de trabajo. También habría que tener en cuenta la destrucción de empleo habida en los últimos años, que ha tenido muchísima más influencia en sectores con más grado de siniestralidad, como es el caso de la construcción, en el que todavía encontramos un índice de incidencia del 80,2 por ciento, que ha disminuido, pero hay que tener en cuenta que el 70 por ciento de los accidentes laborales se producen en ese ámbito. Lo mismo ocurre con la industria o con la agricultura, que han sido las más afectadas por el fenómeno de la crisis. Por lo tanto, yo creo que hace

usted bien en hablar de índices de incidencia, que es de lo que tenemos que hablar, y no de números absolutos.

También creemos que hay que tener en cuenta unos agentes que intervienen, o algunos factores concomitantes que pueden influir también en la reducción de accidentes laborales, como pueden ser las notificaciones que puede hacer la empresa para evitar costes y sanciones, teniendo en cuenta que, en tiempos de crisis, las cosas están muy complicadas. Y, como se incentiva a las empresas que tienen pocos accidentes laborales, es una cuestión, como decía, que tener en cuenta. Y también hay que tener en cuenta el tema de las mutuas. En sintonía con la empresa, pueden llegar a dar asistencias sin que haya notificación, y entendemos que esto habría que investigarlo. Lo que está claro es que el presentismo también está aumentando con la crisis y que el trabajador accidentado tiende a ir a trabajar por temor a ser despedido. Sobre lo que decía antes de las mutuas, también es un dato importante que son las que notifican el 90 por ciento de las bajas.

Y luego, por otro lado, le sugiero, o le pregunto, más que nada, que haga una valoración más profunda, no lo que ha hecho hoy. Tampoco sabemos qué piensa usted para extremar la exigencia de medidas preventivas en las empresas, para evitar estos accidentes de trabajo; o cómo se va a coordinar con la inspección de trabajo y con los sindicatos, que también trabajan en este sentido; cómo va a controlar los servicios de prevención en las empresas para que la dinámica preventiva en las empresas sea apropiada. ¿Cómo va a controlar la actividad sanitaria de las mutuas? Nosotros creemos que la autoridad sanitaria sí que es competente en este sentido, y también entendemos que hay que actuar con contundencia para que los casos de accidentes de trabajo atendidos en el Servicio Navarro de Salud, en el sistema público, sean facturados como es debido.

En fin, como le decía, nos parece un análisis poco profundo y entendemos que estos datos, aun siendo buenos en principio, requieren un análisis más profundo. Nada más y muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Señora Consejera, puede contestar cuando quiera.

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Sí, muchas gracias, Presidente. En cuanto a la explicación de la disminución de la variable, en la curva, podríamos entrar, desde luego, en una valoración cualitativa de cómo afecta la crisis y la disminución de la actividad. Lo he realizado, igual que lo han realizado ustedes. Y en cuanto a la explicación cuantitativa, es verdad, se podría hacer un trabajo econométrico que nos diera qué parte de la variación explica una cosa y otra, y ni lo hemos hecho nosotros ni tampoco se ha realizado a nivel nacional. Por tanto, la valoración es una valoración cualitativa. Por ponerle un ejemplo, esta semana, Semana Santa, ha sido la de menos accidentes de tráfico de la historia. ¿Qué parte se debe a la disminución en los desplazamientos y qué parte se debe a las campañas? Pues no se conoce. No se conoce. Sería bueno conocerlo, efectivamente, para evaluar la efectividad de las políticas, en este caso, de prevención de accidentes de tráfico, pero no se tiene. Es cierto que se dan las circunstancias al mismo tiempo, pero, por otra parte, tenga en cuenta también que en prevención, lo que estamos buscando, o lo que se busca, son cambios culturales, cambios a largo plazo. Lógicamente, tras varios años de concienciación y de trabajo llegan los frutos, llegan los resultados. Por lo tanto, vamos a pensar -y creo que se puede pensar- que el trabajo de los últimos años ha llevado a asimilar determinadas actitudes en la prevención que estamos realizando todos en nuestro trabajo y que, sin necesidad de que sea una relación causa-efecto del dinero que se está invirtiendo hoy, sino del que se ha invertido en los años anteriores, pueda tener su fruto y su resultado en estos momentos.

No obstante, varias de sus señorías hablan de posibilidad de fraude. A mí me parece que si hay un conocimiento de fraude, lo que se debe hacer es ponerlo en conocimiento de la autoridad, en este caso, del Instituto de Salud Pública y Laboral. Y, de hecho, siempre, en el momento en que se tiene conocimiento de un posible accidente que no se ha declarado, se pone en conocimiento del instituto, el instituto actúa, se entera, habla con la mutua y habla con nuestros servicios médicos y, si es un accidente laboral, se considera como tal. Pero hablar de que en ese descenso el impacto del fraude –por mor de la crisis económica o no— es el causante de esa bajada,

me parece un tanto arriesgado y no sé si demasiado riguroso hacer esa afirmación. En cualquier caso, si conocen que existe, por favor, comuníquenlo.

De todas maneras, también, en el porcentaje de reducción de los accidentes de trabajo, la parte de la construcción –como decían ustedes– es importante, pero también se ha producido la reducción, por ejemplo, en el sector servicios, tal y como les he relatado. Y el índice en el sector servicios no se ha producido por una disminución de la población trabajadora, en este caso, o sea, no por la reducción de actividad en el sector servicios. Es decir, se produce en todos los sectores, y se produce no desde 2007, señora De Simón, se produce desde el año 2000 –tal y como ha comentado el señor Pérez Prados– si se observan los datos.

Desde los Servicios de Inspección Médica del Sistema Público de Salud, en concreto desde el instituto, se ha puesto en marcha en el año 2012 -y aquí voy a lo que me preguntaban sobre cuestiones concretas-, se ha realizado un programa que tiene el objetivo de solicitar la declaración de accidentes de trabajo a patologías que han recibido atención sanitaria en el Servicio Navarro de Salud y que han ocurrido en el lugar de trabajo. Por lo tanto, es un sistema de control que el instituto ha establecido, y además, en aquellos casos -como decía antes- en los que se sospecha que no se ha declarado correctamente una baja laboral como accidente de trabajo, existe un protocolo ya establecido mediante el que, tras un estudio en el que se objetiva que puede tratarse de un accidente de trabajo independientemente de que haya sido atendido previamente o no lo haya sido, se ponen en contacto con la empresa para que lo declaren correctamente. Es decir, desde el instituto se están realizando estos controles. Desde el instituto se hace una valoración de todos los casos con sospecha de accidente de trabajo que no han sido reconocidos por empresas o por mutuas y si se sospecha en atención de un accidente de trabajo, en ese caso, se solicita, como digo, el reconocimiento. Esto, en cuanto a los accidentes.

En cuanto a las enfermedades profesionales, también les recuerdo – aunque no lo he hecho en mi primera intervención– que Navarra tiene un programa implantado en la historia clínica informatizada de Atención Primaria

que es reconocido a nivel nacional por los resultados que está teniendo, y es la declaración de enfermedades profesionales. Es decir, cuando un médico de Atención Primaria mete en la historia clínica una determinada patología, en el propio sistema salta un chivato que le dice: "¿Puede ser esto una enfermedad profesional?". Luego, tenemos controles que están llevándonos a que declaremos enfermedades profesionales de las que igual no nos enteraríamos que son enfermedades profesionales. Quiero decir que el programa, además, ya se ha desplegado en todos los centros de salud de Navarra en el año 2012 y está teniendo muy buenos resultados y, como digo, nos está permitiendo, además, desde el Servicio Navarro de Salud, facturar a las mutuas la asistencia sanitaria de cuestiones que son enfermedades profesionales y que, por lo tanto, no debe financiar el Servicio Navarro de Salud.

En cuanto a las medidas de prevención que me solicitaba, la verdad es que no se las puedo detallar todas ellas. En cualquier caso, se las pasaré, y, de todas maneras, en estos momentos se está trabajando en un nuevo plan de salud laboral en Navarra que va a contemplar, lógicamente, todas las medidas preventivas de siniestralidad laboral que, en el momento en que esté, se lo haremos llegar. En cualquier caso, las medidas en las que ahora mismo estamos trabajando, se las haremos llegar.

Respecto a los datos, como le he dicho en mi intervención, señora De Simón, están cerrados a trimestre vencido, son trimestrales. Es verdad que estamos a día 8 de abril, el día 31 fue Domingo de Resurrección, supongo que estarán colgados, y si no lo están ya, pues estarán hoy o estarán mañana.

También me gustaría decirles que, en cuanto a lo que me solicitaba de cuál es la coordinación que se hace con sindicatos y con los empresarios, pues sindicatos y empresarios forman parte de los órganos de gobierno del instituto. En los órganos de gobierno del instituto se aprueba el plan de trabajo –también en medidas de prevención, pero en todos los programas del instituto– previamente al comienzo del año, cuando se realiza el presupuesto. Entonces se aprueba el plan de trabajo, se coordina, como es lógico, con las acciones que los sindicatos o la Confederación de Empresarios van a realizar por su parte. Y se aprueba entre todos, porque estamos en el mismo órgano,

que es el que realiza el plan y el seguimiento a lo largo del año. Nada más, muchas gracias.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, de la Consejera de Salud para explicar el contenido del borrador del Real Decreto que regulará la gestión de las bajas laborales y la postura del Gobierno de Navarra.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. En el tercer punto del orden del día comparece la señora Consejera para explicar el contenido del borrador del real decreto que regulará la gestión de las bajas laborales y la postura del Gobierno de Navarra. Lo han solicitado Bildu y Aralar/Na-Bai. Señora Fernández de Garaialde, puede hacer su exposición.

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Muchas gracias, señor Presidente. Voy a ser muy breve y, evidentemente, no voy a analizar todo lo que pone en el borrador del decreto, pero sí que consideramos que, tal y como está redactado, existen cambios profundos. Además, a nuestro entender, estos cambios siempre son en detrimento del sistema público y no solo del sistema público, sino también de los derechos de los trabajadores y trabajadoras. Además, creemos que las mutuas pasan a ocupar, incluso, el lugar que tenía la Seguridad Social, sobre todo dentro de lo que sería el papel que van a tener las mutuas en las contingencias comunes. Por eso, habíamos pedido esta comparecencia, para saber qué es lo que opinaba el departamento, así como qué alegaciones se han hecho. Es cierto que habíamos pedido que las alegaciones se nos pasaran previamente, no sé si es que no se han hecho o que no se nos han pasado y se nos pasarán ahora mismo. Entonces, en este contexto, sí que queríamos la opinión del departamento e, insisto, también las alegaciones. Muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín). Muchas gracias, Presidente. Debo comenzar diciendo que no nos habíamos dado cuenta de que nos habían pedido las alegaciones previamente, siento no habérselas

pasado. También es verdad que, si se las hubiéramos enviado, quizá la comparecencia no tendría tanto... Porque el contenido va a girar en torno a las alegaciones. En cualquier caso, ha sido por no habernos dado cuenta, o sea, que disculpen.

En cualquier caso, voy a ir al contenido del borrador del proyecto al que se refiere su señoría. Lleva por título "Proyecto de real decreto por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración". En estos momentos está en fase de borrador y en el proceso de su tramitación deberá ser sometido a consulta por parte de las administraciones públicas implicadas y de los interlocutores sociales. Por tanto, es más que previsible que se incluyan modificaciones en su redacción antes de que aparezca un texto definitivo.

En cualquier caso, podríamos indicar que el proyecto de real decreto tiene en su contenido al menos dos bloques relevantes: uno dedicado a regular una nueva forma de expedición de los partes médicos de baja, confirmación y alta, de manera que ahorre trámites burocráticos y adapte la expedición de los partes médicos a los diferentes tipos de patología que pueden padecer los trabajadores del sistema de la Seguridad Social; y un segundo bloque dedicado a ampliar las competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de las mutuas, estableciendo mecanismos o avanzando en los existentes para que estas entidades conozcan la información de los partes médicos emitidos en los procesos que gestionan.

Con respecto al primer bloque, el que va a regular la expedición de los partes, como saben, Navarra firmó en el año 2010 un convenio para realizar un estudio piloto sobre la gestión racional de la incapacidad temporal –de la IT– utilizando criterios sanitarios. Hoy, más de dos años después, ese modelo de gestión está extendido a veintiséis zonas básicas de salud y se ha alcanzado una cobertura del 60 por ciento de los trabajadores activos con unos resultados positivos en cuanto a los términos de indicadores de la incapacidad temporal. Esto quiere decir que el objetivo de la prueba piloto, que era devolver el carácter clínico a la prestación sin que empeoraran otros

indicadores como la duración media o los días perdidos por estar en situación de baja, ha resultado favorable y de hecho, la duración media de los procesos es 1,1 días más baja en los centros con este modelo que en aquellos que no trabajan con este modelo. Como saben –porque también lo hemos comentado en alguna otra comparecencia—, la extensión a los centros de salud se produce seis meses después de haber culminado la implantación del plan de mejora de primaria, y por eso, los que nos faltan por implantar hasta completar todas las zonas básicas de salud se harán en estos primeros meses del año 2013.

No se consideró como objetivo de este proyecto piloto la reducción del número de las nuevas bajas tramitadas —es decir, dar menos bajas— sino mejorar la gestión de las que se tramitaran en ese período. Y en ese sentido, hay que destacar que la duración media de las bajas es menor en algo más de un día en las zonas de salud que gestionan las IT de acuerdo con el nuevo modelo, respecto a las que no lo hacen. Los datos de febrero de 2013 muestran una diferencia de 1,4 días. Este descenso se puede atribuir principalmente a la gestión de los procesos de corta duración que es la que se hace directamente en los centros de Atención Primaria.

En cuanto al consumo total de días por Incapacidad temporal, en las zonas con el nuevo modelo de gestión se observa un descenso del 16,9 por ciento respecto al año anterior, mientras que en las zonas con el modelo tradicional se observa un descenso del 15,2 por ciento. Y en cuanto a los datos de incidencia de bajas, estos reflejan una incidencia de bajas superior en las zonas con el nuevo modelo de gestión de la IT– 27,8 procesos por 100 trabajadores— que en las zonas con el modelo tradicional, 25,1. A esto hay que añadir que, tanto las encuestas realizadas a los profesionales como a los pacientes o a las empresas, arrojan valoraciones positivas.

Ante el borrador de proyecto de real decreto, queremos manifestar, en primer lugar, nuestra satisfacción por que se apueste por un nuevo modelo de gestión de la IT basado en criterios clínicos, que tenga en cuenta el problema de salud que motiva la baja, la comorbilidad del paciente y su puesto de trabajo. Pero, sin embargo, también es cierto que no nos gustan algunas de

las modificaciones que plantea, puesto que modifica algunos aspectos sustanciales de la gestión de dichos procesos que obliga a un replanteamiento de la emisión de los partes de confirmación que ahora se emiten en Navarra.

El modelo que se propone a nivel nacional tiende más a establecer una nueva periodicidad para la emisión de los partes de confirmación que a establecer diferentes plazos de revisión en función del diagnóstico, que es lo que en Navarra se ha pretendido con el piloto. Además, exige al médico cumplimentar informes extraordinarios que justifiquen la situación de baja independientemente del diagnóstico que tenga el proceso, con lo que, en última instancia, se incrementa el papeleo sin sentido y la burocracia en la gestión de la incapacidad temporal. Por ello, entendemos que con estos planteamientos se vuelve a perder parte del sentido clínico que, mediante esta experiencia piloto, se quiso incorporar a la emisión de partes de confirmación, y que se mantienen o incrementan algunos trámites burocráticos, tal y como aparece reflejado en el artículo quinto, que es que se refiere a los informes complementarios de dicho real decreto, al contrario de lo que con nuestra experiencia pretendíamos conseguir.

Respecto al resto del contenido del real decreto, hay distintos aspectos que tampoco compartimos. Se amplían las competencias tanto de los médicos del INSS como de los médicos que dedican las mutuas al control de la incapacidad temporal, ignorando las atribuciones que también tienen las inspecciones de servicios sanitarios, como las del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, en este ámbito.

Por un lado, faculta a los médicos de las mutuas en su artículo 7 a emitir propuestas de alta directamente a los centros de salud, y que si no son contestadas motivadamente en un plazo de cuatro días, se hacen efectivas. Esto revela un desconocimiento profundo del funcionamiento de los centros de salud y aumenta la presión sobre los médicos de Atención Primaria, que deben justificar la situación de sus trabajadores en situación de baja en un plazo realmente corto y sin contemplar posibles modos de reclamación ante dicha decisión.

Por otro lado, en el artículo 9 queda recogida la competencia del INSS para el acceso telemático a la totalidad de la historia clínica informatizada de todos los trabajadores. En este sentido, hay que recordar que ha sido Navarra la única comunidad autónoma que modificó la redacción del punto del convenio en el que quedaba recogida esta posibilidad, limitando esta capacidad del INSS, y que, tras hacer una consulta a la Agencia Española de Protección de Datos, nos quedó claro que dicho acceso no puede ser ni a la totalidad de la historia clínica ni a la totalidad de los trabajadores del sistema de la Seguridad Social, tal como se recoge en este real decreto.

Es de destacar también que se modifica el actual mecanismo por el que se determina la contingencia de un proceso de incapacidad temporal, es decir, por el que se decide si ese proceso ha de ser gestionado por la mutua como accidente de trabajo o enfermedad profesional o por los servicios públicos de salud. En este caso, se concede a los médicos de las mutuas la capacidad de determinar dicha contingencia, estableciendo un exiguo plazo de cuatro días para presentar reclamación frente a dicha decisión.

Esto supone un sensible cambio respecto al modelo actual en el que las mutuas se encargan de la asistencia sanitaria y el pago del subsidio de los procesos de origen profesional, es decir, de accidente de trabajo y enfermedad profesional. En los casos en los que la mutua entendía que el proceso no era de origen laboral, la inspección médica y el propio trabajador podían solicitar al INSS que se pronunciara sobre cómo debía considerarse dicho problema de salud, ya que era el propio INSS quien determinaba si debía hacerse cargo la mutua o el Servicio Público de Salud. Esta determinación de contingencia podía solicitarse en cualquier momento del proceso de la baja. Sin embargo, en este real decreto se indica que será la mutua quien decida, en primera instancia, si de un proceso debe hacerse cargo ella o el Servicio Público de Salud. Eso conlleva el peligro de que se deriven al sistema público problemas de salud de cuyo coste debería hacerse cargo la mutua. Además, el plazo para reclamar es muy escaso, solo cuatro días, como decía.

Por último, existe una cuestión de carácter competencial que nos lleva a posicionarnos también contra este real decreto con su redacción actual. Está claro que la gestión del componente de subsidio económico de la incapacidad temporal y su regulación corresponde al Ministerio de Trabajo, pero la prestación de la asistencia sanitaria en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes —enfermedad común y accidente no laboral— es una competencia sanitaria transferida a las comunidades autónomas por cuanto corresponde a las propias comunidades autónomas la organización sanitaria de las mismas para gestionar y mejorar su funcionamiento.

En cualquier caso, todas estas objeciones hechas desde Navarra han sido transmitidas al Ministerio de Sanidad, el cual, tal y como informó en la reunión del consejo de la Comisión de Inspección del Sistema Nacional de Salud del pasado 20 de marzo, las ha recogido junto con las de otras comunidades y las hará llegar al Ministerio de Trabajo a través de su Director General de cartera. Asimismo, en la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial celebrada el pasado día 11 de marzo, la secretaria general de Sanidad y Consumo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se comprometió a hacer una valoración conjunta de las alegaciones a este borrador de decreto de todas las comunidades autónomas y solicitar una reunión con el Ministerio de Trabajo para abordarlas e intentar resolverlas. Muchas gracias.

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

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: Muchas gracias, señor Presidente. Gracias, señora Consejera. La verdad es que a nosotras este borrado nos dejó realmente preocupadas. Ya he dicho antes que no voy a analizar todo el borrador, pero sí, por ejemplo, lo que pone en el artículo 49, que es que la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes será gestionada por las mutuas empresariales con las mismas facultades y alcances reconocidos legalmente a las entidades gestoras. En particular, tendrán la competencia plena para

emitir las bajas y altas médicas de los asegurados. Asimismo, una vez emitidas las correspondientes altas, serán las únicas competentes para expedir una nueva baja médica derivada de contingencias comunes por el mismo o similar diagnóstico en el plazo de los seis meses siguientes al alta médica.

Creemos que esto supone que las mutuas van a estar por encima del criterio del personal de Atención Primaria y serán quienes digan si el proceso es el mismo o no dentro de la enfermedad común. Creemos también que se va a generar una situación en la que el médico del sistema público podrá incluso dar la baja y el personal de la mutua anularla o dar el alta al día siguiente, y esto es algo que nos preocupa muchísimo, pero nos preocupa también muchísimo lo que aparece en el artículo 50, porque incluso las mutuas podrían acceder absolutamente a todos los datos de los pacientes que estén dentro del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, salvo, como dice, oposición expresa. Pero, bueno, todo el mundo entendemos lo que puede suponer cuando se ponen estas coletillas, con lo cual no sabemos qué es lo que quiere decir o lo que va a pasar con la protección de datos. Además también creemos que puede existir un riesgo si las mutuas acceden al historial completo -insisto, sabiendo lo que son las mutuas-, porque incluso pueden posteriormente influir en nuevas contrataciones. Además, nos preocupa porque puede obligar a hacerse pruebas diagnósticas aunque el médico del sistema público no lo considere, entonces, el paciente no se puede negar, y esto también es algo preocupante. Además, esas pruebas se pagarán desde el sistema público hacia las mutuas, con lo cual, aparte del peligro que pueda haber para los derechos de los trabajadores y las trabajadoras, creemos que otra vez vuelve a empezar aquí un chorreo de dinero público hacia el sector privado.

Otra cosa que nos preocupa también de este real decreto es que dice que los bienes y derechos adquiridos con cargo al patrimonio mutual, de acuerdo con lo establecido en los estatutos de cada entidad, quedarán integrados a todos los efectos en el propio patrimonio mutual. Es decir, antes eran entidades sin ánimo de lucro y ahora mismo pasan a ser un negocio sanitario privado. Creemos, además, que la Seguridad Social renuncia —

según lo que aparece en el decreto— al control de las actividades de las mutuas, quedando como única posibilidad para el trabajador o trabajadora la de pleitear, y a esto le tenemos que sumar —en la situación en la que estamos actualmente, que es el copago de las tasas judiciales— la situación laboral y que pasan a ser —insisto— entidades con ánimo de lucro. Es decir, que la Seguridad Social renuncie al control de las actividades de las mutuas más la situación actual que tenemos, creo que no hace falta que explique yo las conclusiones que sacamos de esta situación. Además —usted también lo ha dicho—, creemos que es un paso hacia la centralización de competencias en detrimento del sistema público navarro, porque dependiendo de sus intereses podrían realizar, además, las inversiones que consideren oportunas pasando incluso por encima de la planificación sanitaria, que en este caso es competencia autonómica.

Con lo cual, nos preocupa muchísimo este real decreto, nos preocupa muchísimo, porque aunque usted haya dicho que puede sufrir modificaciones, entendemos que no serán modificaciones tan profundas como para cambiar o modificar estas preocupaciones que estamos transmitiendo, porque creemos que el fondo de este real decreto es precisamente eso y además con una profunda carga ideológica. Es decir, que se conculcan derechos sanitarios, se ataca al sistema sanitario público, competencias de la Seguridad Social pasan a la patronal. Y lo que nos preocupa sobremanera es el doble sistema sanitario que se puede producir a partir de este real decreto, y es el destinado a atender a la población, vamos a llamarla productora, es decir, trabajadores y trabajadoras, dentro del sistema privado donde irían además la mayoría de los recursos públicos, porque, qué duda cabe de que en esa situación interesaría tener los mejores recursos para que estas personas se incorporen cuanto antes al tema laboral. Con lo cual volvemos otra vez a lo mismo, beneficios empresariales desde el sistema público. Pero, además, quedaría otro sistema sanitario que sería el destinado al resto de la población, como pueden ser personas crónicas, como pueden ser personas de tercera edad.

Y dicho esto, entendemos que es un tema sobre el que se tiene que abrir un debate muy profundo y muy serio con lo que pretenden hacer con este real decreto. Usted es cierto que ha dicho que se han presentado

alegaciones, yo también entiendo que esto es un real decreto, y hasta ahora lo que ustedes han dicho es que los reales decretos son de obligado cumplimiento por encima de competencias y no competencias, y son los debates que hemos tenido hasta ahora. De lo que usted ha dicho, en parte coincidimos en lo que nos preocupa de este real decreto. Pero, claro, si no se aceptan esas alegaciones —esto es un real decreto—, ¿qué actitud va a tener su departamento frente a la posibilidad y casi seguridad de que se apruebe este real decreto? Y, sobre todo, si encima es sin haber aceptado las alegaciones que desde su departamento han propuesto. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. ¿Señora Ruiz Jaso, por Bildu?

SRA. RUIZ JASO: Muchas gracias, señor Presidente. Gracias a la Consejera también por las explicaciones. Yo voy a empezar aceptando sus disculpas en esta ocasión por no haber traído la documentación que le solicitábamos. En otras ocasiones, quizás se hayan dado cuenta y no la hayan traído aun habiéndose dado cuenta. En este caso nos interesaba especialmente porque es un borrador que hemos tenido que obtener por otras vías y la verdad es que no ha sido fácil, porque mediante la prensa sí que sabíamos —y por otras informaciones— que este borrador llevaba meses gestándose, y lo que sabíamos nos estaba preocupando. Tuvimos que conocer por la prensa la postura muy genérica que estaba teniendo el Departamento de Salud, que se estaban realizando alegaciones, y por eso, yo creo que para esta comparecencia habría sido de agradecer. En todo caso, si en esta ocasión no se han dado cuenta, aceptamos las disculpas.

Digo –y quizás repita algunas de las cosas que ha comentado la señora Fernández de Garaialde– que creo que en este decreto, en este borrador, hay cosas muy preocupantes y muy a tener en cuenta también desde Navarra. Empezando por que con la excusa del control de bajas, empezando por ahí, otra vez más vemos cómo se invaden competencias. Se invade la capacidad de organización de los diferentes servicios de salud de las comunidades. Y, teniendo en cuenta, además, que en Navarra el Instituto Público de Salud Laboral está integrado en Osasunbidea, incluido todo lo que

corresponde a inspección médica, ¿no? ¿No? ¿No está integrado en Osasunbidea salud laboral? ¿Salud laboral no está incluido? Bueno, me lo explica si me estoy equivocando. Entonces, ¿de qué estamos hablando aquí, de salud laboral con la Consejera de Salud? El Departamento de Salud. ¿No está en Osasunbidea? Vale, perdonen. Pero, bueno, con apoyo siempre a la Atención Primaria, ¿eh? Eso sí, ¿no? Bueno.

Además, también, aparte de la invasión de competencias, se parte de una premisa, que es que es necesario un mayor control por una sospecha que yo creo que generaliza- de fraude por parte de los trabajadores con el tema de las bajas laborales. También entendemos preocupante el cuestionar la competencia de los médicos de Atención Primaria, el burocratizar su trabajo -cosa que usted ya ha comentado también- y, al cuestionar la competencia de los médicos de Atención Primaria entendemos que también se cuestiona la competencia de la sanidad pública incrementando, desde luego, el control de las mutuas, cosa que antes ya hemos comentado de alguna manera, cosa que no es nueva, pero, en este caso -perdón, me distraéis- incrementando el control de las mutuas y de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social, que no olvidemos que son ajenas al sistema sanitario público y cuyos intereses -ya lo he dicho antes- son otros, cuyo interés no es precisamente la salud de las personas o la salud de los trabajadores y trabajadoras. Sus intereses son otros, y están al servicio de la empresa y están al servicio de la patronal. Este es un hecho objetivo, ¿no? Evidentemente, el interés de un médico de Atención Primaria es la salud de su paciente, sea trabajador o no. En el caso de las mutuas, los intereses que tienen las mutuas son otros, evidentemente. Por eso, también nos parece preocupante que el INSS -que al final depende del Ministerio de Trabajotenga libre acceso a la historia clínica de todos los trabajadores y trabajadoras y que se abra también la puerta, en este sentido, a dar acceso a que las mutuas dispongas de los datos clínicos de los trabajadores incluso cuando no se trate de bajas laborales -estamos hablando de bajas por contingencias comunes-. Y no es nuevo que en las últimas legislaciones, los sucesivos Gobiernos estatales han ido dándoles a las mutuas cada vez mayores competencias, entiendo que en detrimento de la sanidad pública. Y yo creo

que de ahí se puede deducir una tendencia clara hacia la privatización de la salud de los trabajadores. Yo creo que la tendencia que parece subyacer es un doble sistema de salud: por una parte, el sistema de salud que corresponde a los trabajadores que dependa del Ministerio de Trabajo y de las mutuas y, por otra, un sistema público que se convierta al final casi en un sistema de beneficencia. Yo creo que este real decreto acentúa esa tendencia de dar mayor competencia a las mutuas incluso, como decía, en bajas por enfermedad común; como decía usted también, para decir si una enfermedad es común o es laboral, para dar el alta o para proponer el alta a un trabajador o trabajadora dándole solo cuatro días al médico de cabecera para recurrir esa decisión.

Yo entiendo que esta estrategia es una estrategia bien diseñada para una tendencia privatizadora en manos de entidades cuyo interés no es la salud precisamente, no es la salud de los trabajadores. Entonces, podemos coincidir en muchas cosas de las que usted ha comentado, pero también hay que decir que ustedes también están propiciando de alguna manera ese desmantelamiento del sistema público que, a nuestro entender, este real decreto acentúa; que ustedes también están haciendo dejación de nuestras competencias, y en el ámbito sanitario tenemos ejemplos del real decreto que ustedes, de una manera o de otra, han cumplido a pies juntillas pese a que aquí, en este Parlamento, se han aprobado leyes, leyes forales como la del copago y alguna otra medida para echar atrás, para plantarse realmente ante las medidas que nos están viniendo por medio de estos reales decretos.

Para acabar, quiero manifestar esa preocupación. Como podemos intuir finalmente –estamos hablando de un real decreto– que cualquier viernes nos desayunaremos con su aprobación. No sé en estos momentos cómo ven ustedes la situación. Dicen que hay alguna reunión pendiente con el ministerio, me imagino que se tratará también en algún consejo interterritorial, pero podemos intuir que lo que se apruebe no será muy diferente de lo que tenemos en el borrador. Ante eso, sí que me gustaría saber qué actitud, qué postura va a aprobar el Gobierno de Navarra, si nos va a pasar la apisonadora por encima otra vez, si vamos a hacer dejación de nuestras competencias otra vez o qué iniciativas se van a plantear ustedes. Mila esker.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Gracias. Continuamos con el señor Pérez Prados por UPN.

SR. PÉREZ PRADOS: Sí, muchas gracias. También voy a intentar ser breve en esta intervención, en la que aparecen una serie de aspectos de tipo legal, de tipo competencial, todos mezclados con una serie de asuntos –de aspectos, también– ideológicos que aparecen plasmados en las distintas ponencias y programas de los diferentes partidos y que tienen que ser respetados por unos y por otros cuando les toca la gestión y el gobierno tanto a nivel nacional, a nivel autonómico o foral, a nivel municipal, etcétera. En esa confusión, de todo hay.

Después de escuchar la presentación de la Consejera –a quien se la agradecemos– de este proyecto o borrador de real decreto sobre la gestión y el control de la incapacidad temporal, hay como dos bloques diferentes: uno referido a la expedición de los partes médicos de baja, confirmación y alta de estos; y otro a esa modificación de competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de las mutuas para que conozcan información de los partes médicos emitidos. En ambos grupos, importantes dentro del articulado de este borrador de real decreto, nos han explicado y presentado las discrepancias que existen desde el Gobierno de Navarra, el Departamento de Salud, con ese texto del borrador, y que se han emitido una serie de alegaciones que se han hecho llegar hasta el Ministerio de Sanidad, que a su vez las trasladará al de trabajo.

En relación con algunas de ellas –no con todas, por ser breve–, simplemente, con la que más preocupación parece que crea, que es el acceso informático a todas las historias clínicas de todos los trabajadores, efectivamente, estos son unos datos personales que están clasificados como muy sensibles por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y precisan de una protección y seguridad especial. Seguro –y estoy convencido de ello– que buena parte de dejar abierto el derecho de oposición que se puede ejercer en cualquier momento me imagino que, por parte de cada trabajador particular y por parte de la Comunidad Foral en protección de todos los trabajadores, estoy convencido de que este tipo de alegaciones que

van a aspectos legales se van a tener en cuenta, no queda más remedio que cumplir las leyes, y esta es una ley orgánica que habrá que cumplir.

El resto de alegaciones u objeciones que nos han explicado, que se han trasladado ya, el grupo parlamentario de UPN y yo como portavoz y en representación de este, esperamos y deseamos que ojalá se atiendan todas ellas, pero, desde luego, aquellas que se refieren a las competencias que en Navarra tiene e incluso en otras comunidades autónomas, y las que se refieren a los aspectos legales, sobre todo —que puedan chocar con otras leyes establecidas—, que se tengan en cuenta y se acepten, asuman e incorporen a la redacción de este real decreto. Muchas gracias.

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

SR. CARO SÁDABA: Muchas gracias, señor Presidente y también gracias por la información que nos traslada la Consejera, en la que intuyo una sintonía a priori importante entre lo que nos ha trasladado y lo que nosotros hemos podido entresacar de ese borrador de real decreto que está ahora mismo encima de la mesa.

A nuestro juicio, dos son los objetivos que persigue el real decreto – puede que haya más, pero me quiero centrar en estos dos—: por un lado es luchar contra el absentismo y por otro lado es, en parte, reducir los trámites burocráticos en la tramitación de las bajas laborales en caso de enfermedades comunes.

En este sentido, en lo que se refiere a la lucha contra el absentismo, tengo que decir que, por desgracia, el mejor antídoto contra el absentismo – porque hay mucho miedo entre los trabajadores a perder su puesto de trabajo— es la propia crisis. Con lo cual, eso de por sí ya ha hecho evidente que los datos de absentismo se hayan reducido en cifras importantísimas, lo cual refleja, efectivamente, como digo, ese miedo. Con lo cual yo quiero plantear ya de inicio, quizá, la inconveniencia de regular el sistema habida cuenta de que los datos que se trasladan por las consecuencias de la crisis ya

son los que son, y por tanto ha habido una reducción considerable del absentismo laboral.

Yo creo que en todo lo que se refiere a la tramitación de bajas, sí que se pueden incorporar al sistema. De hecho, creo que existen proyectos piloto, –pero no es un tema que haya estudiado de cerca– en los que, en efecto, en un mismo procedimiento se tramite la baja y a la vez -hablamos de un catarro- se tramita el alta correspondiente porque se sabe que la duración de este tipo de enfermedades es muy concreta, muy determinada y, por tanto, en ese mismo proceso, en efecto, se puede dar la baja y el alta. Yo no sé si este tipo de sistemas ya están incorporados en la sanidad navarra, no sé si se sigue algún proyecto o no. Pero, bueno, creo que esa sería la vía, en todo caso, de poder avanzar, y no tanto la vía que se plantea en este borrador de real decreto en el que, desde nuestro punto de vista, no hace falta ser muy avispado para darse cuenta de que lo que en el fondo está en el debate es darle de nuevo un mordisco a la sanidad pública y trasladar responsabilidades o facultades que hasta ahora tenía la sanidad pública al ámbito privado aunque sea al ámbito de las mutuas. Y hay que preguntarse a quién beneficia. Yo creo que beneficia, en última instancia, a las empresas; y a quién pone en riesgo, que en este caso yo creo que es a los propios trabajadores, a los propios ciudadanos, de los cuales ya se está dudando de antemano.

En este sentido, el hecho de que las mutuas asuman el encargo de dar las altas correspondientes, a nuestro juicio, por un lado, limita la capacidad de decisión de la sanidad pública –aspecto que nos parece francamente negativo—, y al final, que –como he dicho antes— las propias empresas sean las que decidan, acaben decidiendo –aunque sea de forma interpuesta— sobre la salud de los trabajadores. Como todo el mundo conoce, son las empresas quienes están detrás o quienes sostienen a esas mismas mutuas.

Yendo a lo que decía de reducción de trámites burocráticos, tampoco creemos que en este sentido se avance mucho, porque lo que observamos analizando el borrador es que, probablemente, aunque la intención sea buena, el resultado que se pueda conseguir sea el contrario del que se pretende. Si analizamos un poco el funcionamiento al que se podría dar lugar, podemos

ver el caso de que haya una discrepancia clara entre lo que dice el médico de la sanidad pública y lo que dice el médico de la mutua y se tenga que hacer un primer trámite desde la mutua hacia el médico de la sanidad pública para que aclare los motivos por los cuales ha dado una baja concreta, lo cual sería un trámite administrativo más.

Por otro lado, en caso de discrepancia, todavía estaríamos generando un trámite más, porque en última instancia se reconoce que tiene que ser el Instituto Nacional de la Seguridad Social quien dirima esa discrepancia. Con lo cual, quien se queda en el medio de todo ese proceso es el enfermo quiero pensar que es el enfermo-, al que no se le está dando una respuesta clara y en un tiempo razonable porque tiene que estar pendiente de dónde y cómo y cuándo termina el trámite en cuestión. Y, además, lo que dice el real decreto es que el silencio administrativo -es decir, en caso de que el médico de lo público no responda a la mutua- beneficia a la mutua porque es el criterio de la mutua el que impera. Por lo tanto, estamos hablando de un silencio administrativo negativo, y yo creo que lo que nos está demandando la sociedad hoy en día es que el silencio administrativo sea, en todo caso, positivo, porque de esa manera se considera que defiende mejor los intereses de los ciudadanos. Aparte, ya se ha puesto de manifiesto también que el hecho de que se puedan reclamar nuevas pruebas diagnósticas implica nuevos trámites administrativos y, por cierto, ya de paso -efectivamente, estoy de acuerdo con lo que se señalaba- es probable que un coste añadido a la sanidad pública, que no a la mutua, en este caso a la parte privada, lo cual, evidentemente, tiene nuestra total y radical oposición.

Además, se plantean y surgen otras dudas. Es decir, ¿qué criterio es el que se va a considerar preferente: el de la mutua o el del médico de lo público? Ya sabemos que el árbitro sería el Instituto Nacional de la Seguridad Social, pero es un procedimiento que nos parece farragoso. Dudamos mucho sobre cómo se va a gestionar y cómo se va a regular la protección de datos, que también se ha puesto en cuestión incluso por parte de la propia Consejera, y eso es un aspecto que no se debe tener en menos. Y luego, tenemos que decir que, si ya el médico de lo público está sufriendo una importante presión porque tiene una importante carga de trabajo en el día a día, es evidente que

ahora va a tener una nueva carga y una nueva presión porque son las mutuas las que, ante los casos de baja que conceda el médico de cabecera, es evidente que va a tener la presión de la mutua que va a estar analizando si lo que ha hecho es correcto, si lo que ha hecho no es correcto, si los criterios que se tienen que tener en cuenta son unos o son otros. Yo creo que eso, aparte de poner ya en cuestión la profesionalidad del médico de cabecera, por ejemplo, es evidente que no facilita que la respuesta al ciudadano sea la mejor, en todo caso lo perjudica. Por tanto, tampoco podemos estar de acuerdo en esa cuestión.

Por último, efectivamente, se ha hablado de que el departamento va a hacer alegaciones. En todo caso, nos gustaría tener la posibilidad de conocerlas y, en función de lo que esas alegaciones digan, si cubren todos esos aspectos o no, pues incluso hacer algún tipo de aportación para que no se nos quede nada en el tintero, teniendo en cuenta, además, que debemos defender la autonomía que como Comunidad Foral tenemos en esta materia. Nada más y muchas gracias.

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

SR. MARTÍN DE MARCOS: Muchas gracias, señor Presidente. Gracias, Consejera por las explicaciones. Realmente, nos encontramos ante una nueva norma, ante un borrador que está elaborado conjuntamente por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y el Ministerio de Sanidad, y la intención fundamental de este borrador es estandarizar los tiempos medios de baja, con lo cual, al estandarizarlos, las situaciones de conflicto ante un determinado proceso patológico lo lógico es que disminuyan. También, lo que pretende este borrador es alargar las visitas médicas de índole administrativa hasta un máximo de treinta y cinco días. Aquí perdemos algo en relación con lo que tenemos, porque se mantiene el criterio administrativo del periodo de tiempo y no el criterio clínico de las revisiones según el criterio del médico.

Como ya ha comentado la Consejera, en Navarra ya se está aplicando un modelo pionero de gestión clínica de incapacidades transitorias con criterios sanitarios. Este modelo lo que hace es suprimir la obligatoriedad de

emitir partes de confirmación de carácter temporal y administrativo en las bajas de más de diez días, quedando estos partes sujetos a los criterios médicos de revisión del proceso de enfermedad, y además permite -este modelo- la emisión de parte de baja y alta al mismo tiempo en bajas estimadas de menos de diez días. Este fue un proyecto -o es un proyectocon el que Navarra consiguió incluso un premio a la innovación en la mejora global de la calidad asistencial. Este modelo implantado en Navarra -Andalucía también tiene otro modelo u otro proyecto- ha conseguido rebajar la media de días de incapacidad transitoria -en los lugares donde está implantado, en relación con donde que todavía no está implantado-, ha reducido la variabilidad del criterio de baja en procesos similares y además -y es muy importante- ha conseguido la satisfacción de los profesionales, ya que el 84 por ciento de los facultativos consultados consideran que el procedimiento de emisión de bajas ha mejorado con relación al anterior, ninguno manifiesta que ha empeorado y la puntuación que ha obtenido este modelo es de un 7,7 sobre 10.

Por lo tanto, en este modelo se atiende a lo que aparece en la Ley 35/2010 de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. En su disposición 19.ª punto 5.º equipara las competencias de los inspectores del INSS –y en su caso del Instituto Social de la Marina– a la de los inspectores de los servicios de salud públicos para emitir altas médicas a todos los efectos en los procesos de incapacidad temporal de duración máxima de 365 días. El borrador del real decreto incorpora también, aparte de los inspectores del INSS, a las mutuas. Esto no quiere decir, desde nuestro punto de vista, que se ignore el criterio del médico de Atención Primaria ni que se suplanten a los inspectores médicos del sistema de salud de la comunidad autónoma, el sistema de salud público. De lo que se trata, desde nuestro punto de vista, es de coordinar competencias. Y el convenio, además, reconoce que INSS es competente para gestionar y controlar la prestación de incapacidad transitoria recogida en el artículo 1 del Real Decreto 25/83 de 1996. El convenio, establecido entre el Gobierno de Navarra y el INSS, establece una cooperación entre el INSS y el servicio sanitario público en el que ambos organismos tienen mutuo derecho al acceso de la información relacionada,

pero siempre sujeta a la obligación de confidencialidad, de secreto profesional y a las restricciones que conlleva la ley de protección de datos.

En definitiva, nuestro grupo cree que Navarra está en una posición privilegiada por la experiencia que tiene en este modelo, en participar y en sugerir, y en hacer alegaciones y en mejorar lo que es un borrador. No olvidemos que es un borrador, está en periodo de alegaciones, y es mucho presumir que no se va a hacer caso a estas. Nosotros, de cualquier modo, siempre vamos a apoyar todas aquellas o reglamentos encaminados a facilitar los trámites a los ciudadanos, a descargar la burocracia de los procedimientos y sobre todo, y en este caso, a permitir que los profesionales sanitarios puedan dedicar más tiempo a la asistencia clínica y menos a los trámites administrativos. Por lo tanto, confiamos en las alegaciones que vaya a hacer con la experiencia que lleva ya de dos años de aplicación de un modelo similar el Departamento de Salud en el consejo interterritorial. Nada más y muchas gracias.

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

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Gracias, señor Presidente. Gracias, señora Vera, una vez más, por su intervención. Yo creo –más bien esperoque este real decreto no salga adelante. Compartimos desde Izquierda-Ezkerra todas las valoraciones negativas que ha hecho usted, señora Vera, respecto a los riesgos de este real decreto. Compartimos también todas las críticas que han hecho la señora Ruiz, la señora Fernández de Garaialde y el señor Caro, luego no voy a volver a repetir lo mismo. Sí diré qué tres elementos nos parecen a nosotros más preocupantes desde un punto de vista más global de este borrador de real decreto. Vamos, o tres peligros que le vemos.

Uno es la intromisión de otros profesionales de los médicos y las médicos de Atención Primaria. El segundo peligro es la posible privatización de los servicios sanitarios, dando más competencias o más poder a las mutuas, por ejemplo, en las bajas por enfermedades comunes. Y el tercero, al que ya ha hecho referencia el señor Caro, es una posible pérdida en los

derechos laborales de los trabajadores y las trabajadoras. Por lo tanto, nuestro rechazo a este borrador.

Decía el señor Martín que lo que pretende este real decreto es estandarizar los tiempos de baja. Bueno, podríamos estar de acuerdo, siempre y cuando esos tiempos de baja fueran orientativos. Hablaba de las bonanzas de que no haya parte de confirmación de baja y que pueda haber un parte de alta y baja. De acuerdo, puede ser hasta positivo, pero esto nunca va a descargar de trabajo a los profesionales —como usted dice— para que puedan emplear su tiempo en atender a la ciudadanía, porque tendrán que hacer varios informes al respecto y seguro que les van a llevar bastante más tiempo. Y hacía también usted referencia a los inspectores del Servicio Navarro de Salud, que en ningún momento se pensaba suplantar su acción. Bueno, yo creo que, en este momento, toda la inspección está trabajando para el INSS en relación con el convenio que tenemos firmado el Gobierno de Navarra con el INSS.

Voy a decir solo dos cosas. Una, que este convenio con el INSS –que lo ha dicho también ahora el señor Martín– parece que ha sido el referente de los titulares de salud del Estado, del Gobierno del PP, para hacer este borrador y parece que su programa piloto, que, por cierto, tiene sus bonanzas, como es la gestión de bajas laborales con criterios clínicos. Entendemos que ha sido un referente para el Gobierno del PP a la hora de elaborar este real decreto. Por lo tanto, me alegro de que ahora usted se preocupe del gran poder que podrían tener las mutuas en todo el proceso de las bajas. Lo decía en medios de comunicación y lo ha dicho hoy.

La segunda cosa que quería decir es que yo creo que las mutuas no son buenas compañeras de viaje, y por eso nos oponemos a que el Departamento de Salud concierte servicios con las mutuas, como tengo entendido que ha hecho en dos centros de salud en San Adrián y en Alsasua. Nada más y muchas gracias.

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

SRA. CONSEJERA DE SALUD (Sra. Vera Janín): Muchas gracias, señor Presidente. Yo creo que el real decreto –como he tratado de exponerles antes- tiene aspectos positivos, como es la postura de modificación en la gestión de la IT -con una normativa de hace más de cuarenta años- con el fin de desburocratizar la gestión de la IT y darle un verdadero valor como arma terapéutica, más dentro del proceso asistencial. Ese objetivo es positivo -o entendemos nosotros que es positivo-, y en este sentido quiero recordarles que este cambio lo proponen con base en los buenos resultados que ha tenido la experiencia o el proyecto innovador que se gestó aquí, en Navarra, y que quiero recordar que ha contado con la valoración positiva de todos los agentes implicados: de pacientes, de profesionales sanitarios, de empresas, de Administración Pública y también de mutuas. Si bien es cierto que en la aplicación del real decreto de lo que ha sido nuestro modelo, hay diferencias, y con algunas de las diferencias que hay no estamos de acuerdo, y en esas no he entrado antes. Pero el real decreto tiene dos partes: una, esa, cuyo objetivo entendemos que es positivo, aunque tenemos diferencias en algunos de los detalles; y luego hay otra parte de contenido que tiene el real decreto que es la que le da mucho más peso a los inspectores del INSS y a las mutuas, en algunos casos por encima de los servicios de salud, con lo que no estamos de acuerdo y, sin querer entrar en todo el detalle de las alegaciones que hoy mismo -porque ya las hemos enviado- se las haremos llegar a todos ustedes, y si tienen algún comentario que hacernos y nos lo quieren enviar, entiendo que todavía estamos a tiempo, o sea, que nos lo pueden hacer llegar.

En cualquier caso, como digo, hay dos cosas o dos bloques de cosas de las que estamos principalmente en contra y que es uno, como digo, el papel dado a mutuas y al INSS en detrimento de nuestros médicos de Atención Primaria y de las inspecciones médicas del Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral en la gestión de la IT; y el otro, el del acceso generalizado a los datos de historia clínica por parte de las mutuas y de los inspectores del INSS. Y esto es lo que hemos hecho llegar al Ministerio de Sanidad porque creo que poco ha participado el Ministerio de Sanidad en la elaboración de esta normativa, que me parece que sale más concretamente

del Ministerio de Trabajo y creo que en la redacción de este borrador el Ministerio de Sanidad no ha participado mucho.

Más allá de esto, me dicen: "El borrador va a ser aprobado tal cual". Pues, hombre, eso me parece que es adelantar acontecimientos. Yo espero que las alegaciones que hemos hecho sean recogidas. De hecho, cuando las hemos comentado tanto en la Comisión Delegada como en el Consejo Interterritorial por parte del ministerio, no hemos obtenido un rechazo a lo que estábamos manifestando. Tampoco nos han dicho ni sí, ni no, ni todo lo contrario. Tiene que ser trasladado al Ministerio de Trabajo, pero entiendo que hay una receptividad por su parte a recoger las alegaciones o, por lo menos, parte de las alegaciones. Cuando tengamos el proyecto final entonces nos En cualquier posicionaremos. caso. como les he dicho, nuestro posicionamiento es el de defender nuestra competencia, no puedo estar de acuerdo con lo que dicen de que en todo caso lo que hemos hecho ha sido aplicar los reales decretos que ha aprobado el estado, porque no ha sido así en todos los casos. Y, de hecho, en la atención a las personas inmigrantes no ha sido así y ustedes lo saben. En todos los casos, lo que hemos hecho ha sido con arreglo a lo que los informes jurídicos que teníamos en cada momento nos indicaban que debíamos hacer, si éramos competentes o si no éramos competentes para regular en dicha materia. Por lo tanto, cuando veamos el texto final, decidiremos y veremos qué cuestión es recurrible por nuestra parte o defendible nuestra competencia.

Y, desde luego, hay un aspecto, que es el que se recoge en este borrador de real decreto, que es el que hace referencia a la accesibilidad a los datos de historia clínica que, desde luego, tal y como está redactado en este momento, ya jurídicamente podemos saber que debería ser un instrumento jurídico con rango de ley el que podría permitir a mutuas y a los inspectores del INSS acceder a esos datos de historia clínica, y que no lo puede hacer un real decreto. Por lo tanto, en este caso, el recurso o la no aceptación de los análisis jurídicos previos está claro, tal y como está redactado en este momento, aunque habrá que ver cuál es la redacción que se le da finalmente, porque, cualquier cesión en el acceso a esos datos, según la ley orgánica de protección de datos, siempre tiene que estar amparada por una norma con

rango de ley. Otra cosa es que dijesen que se pudiera entrar a ver datos de la historia clínica que tienen que ver con las funciones en concreto que está prestando, pero tal y como está redactado en estos momentos, no se puede establecer a través de un real decreto.

En cualquier caso, como digo, cuando veamos la redacción final –y, además, esperando que nuestras alegaciones sean atendidas–, tomaremos una posición. Muchas gracias.

SR. PRESIDENTE (Sr. Rapún León): Muchas gracias, señora Consejera, también a todo el equipo que la acompaña. No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 20 minutos.)